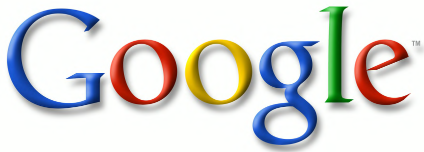

Google

# ANNALI UNIVERSALI

DI

# MEDICINA E CHIRURGIA

---

## PARTE RIVISTA

GIÀ DIRETTA DA G. B. SORESINA E M. DE-CRISTOFORIS

ORA DA

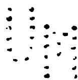
A. CORRADI

---



VOLUME 262

2.° SEMESTRE 1882



MILANO
FRATELLI RECHIEDEI EDITORI

1882

# RIVISTA DI FISIOLOGIA

del prof. S. FUBINI

---

Loew e Bokorny — *Differenza chimica fra il protoplasma vivo ed il morto.*

Coutance — *Equivalenza dei sali dell'acqua del mare al punto di vista biologico.*

Cyon — *Azione delle alte pressioni atmosferiche sopra l'organismo animale.*

Grasset e Amblard — *Azione dell'emetina e dell'atropina sul cuore delle rane.*

Ludwig e Luchsinger — *Fisiologia del cuore.*

Dastre e Marcacci — *Eccitabilità del muscolo cuore.*

Gaule — *Citozoi provenienti dai globuli rossi del sangue delle rane.*

Bizzozero — *Di un nuovo elemento morfologico del sangue dei mammiferi e della sua importanza nella trombosi e nella coagulazione.*

Idem — *Sulle piastrine del sangue dei mammiferi.*

Fano — *Contribuzione allo studio della coagulazione del sangue.*

Bizzozero — *Sulla produzione dei globuli rossi del sangue nella vita extrauterina.*

Marchiafava — *Attività emopoetica del midollo delle ossa.*

Sanquirico — *Trasfusione di sangue defibrinato.*

Corona e Cocco-Pisano — *Trasfusione del sangue per il peritoneo.*

Lyon — *Quantità dei corpuscoli sanguigni.*

Albertoni — *Azione dei fermenti sull'organismo.*

Fano — *Sostanza, che impedisce la coagulazione del sangue.*

Dubar e Remy — *Assorbimento per il peritoneo.*

Vella — *Nuovo metodo per aver succo enterico puro.*

Vella — *Funzioni del cieco e del restante crasso intestino.*

Salvioli — *Nuovo metodo per lo studio delle funzioni dell'intestino tenue.*

Gautier — *Modificazioni solubili ed insolubili del fermento della digestione gastrica.*

Landwer — *Ricerche sulla mucina della bile e della ghiandola sottomascellare.*

Radenhausen — *Latte di donna.*

Duclaut — *Digestione pancreatica.*

Capranica — *Reazione dei pigmenti biliari.*

Schipiloff e Danislensky — *Sulla natura della sostanza anisotropa del muscolo striato.*

Thanhoffer — *Muscoli striati degli insetti.*

Meade Smith — *Temperatura dei muscoli di mammiferi eccitati.*

Pellacani — *Ricerche farmacologiche sugli organi a fibre liscie.*

Capparelli — *Sulla contrazione delle fibre muscolari lisce.*

Richet — *Eccitabilità riflessa dei muscoli sul primo periodo del sonnambulismo.*

Rosenthal — *Nuovi studj sul moto del respiro.*

Golgi — *Fibre nervose midollari periferiche e centrali.*

Richet — *Pesci elettrici.*

Sachs — *Sui gimnoti di Venezuola.*

Weil — *Organo elettrico della torpedine.*

Manouvrier — *Peso del cervello.*

Giacomini — *Varietà delle circonvoluzioni cerebrali nell'uomo.*

Marcacci — *Centri motori corticali.*

Richet — *Irritabilità e reazione cerebrale.*

Gley — *Condizioni fisiologiche del pensiero.*

Couty — *Sulle lesioni della corteccia del cervello.*

Brown-Séquard — *Dottrina dei centri psicomotori.*

Idem — *Azione frenica e dinamogenica.*

Bubnoff e Heidenhain — *Fenomeni d'inibizione e dinamogeni del sistema nervoso.*

Danillo — *Funzione motrice della corteccia cerebrale.*

Luciani — *Fenomeni osservati dopo la lesione di regioni psico-motorie e psico sensorie nei cani.*

Brown-Séquard — *Trasmissione degli eccitamenti motori diretti od incrociati nei centri nervosi.*

Bert e Marcacci — *Distribuzione delle radici motrici nei muscoli degli arti.*

Bert e Laffont — *Influenza del sistema nervoso sui vasi linfatici.*

Bonatoux e Laborde — *Lesioni trofiche dell'orecchio medio ed interno per la sezione del gran simpatico e trigemino.*

Dastre e Morat — *Influenza del nervo depressore Ludwig-Cyon nella circolazione bucco-labbiale.*

Spamer — *Canali semi circolari nell'orecchio.*

Dejerine — *Sopra le alterazioni dei nervi cutanei nelle escare, che sopravvengono durante il decorso di affezioni del midollo spinale e del cervello.*

Fellner — *Innervazione dell'intestino retto.*

Schmidt-Rimpler — *Reazione specifica del nervo ottico per eccitamenti meccanici.*

Gellé — *Influenza delle pressioni timpaniche nella percezione dei suoni.*

Prévost — *Esperienze relative all'allungamento dei nervi.*
Maggiorani — *Effetti fisiologici delle vibrazioni sonore.*
Hartings — *Ipnosi di alcuni animali.*
Walter — *Ricerche sul passaggio di sostanze straniere per il circolo placentario al feto.*
Brissaud — *Studj sulla spermatogenesi nel coniglio.*
E. Van Beneden — *Origine dei prodotti sessuali negli individui.*
» — *Cause dell'evoluzione.*
» — *Costituzione dell'uovo maturo.*
» — *Fecondazione.*
» — *Arresto di sviluppo nei cheropterj.*
Capranica — *Del sudore.*
Scheteling — *Escrezione della calce allo stato normale.*
Otto — *Influenza del carbonato di soda e di calce sul ricambio dell'albumina nel corpo animale.*
Colasanti — *Azione fisiologica dell'acqua ossigenata.*
Vulpian — *Azione delle forti dosi di stricnina sulla motilità dei nervi.*
Morselli e Buccola — *Azione fisiologica della cocaina.*
Luciani e Bufalini — *Sul decorso dell'inanizione.*
Bizio — *Nuove indagini sopra il glicogene degli animali.*
Paternò e Spica — *Ricerche sulla genesi delle ptomaine.*
Couty — *Morte per il caldo.*
Mertchinsky — *Effetti delle temperature elevate sui moti del respiro.*

Loew e Bokorny. — **Differenza chimica fra il protoplasma vivo ed il morto.** (*Archiv für die gesammte Physiologie*, T. 25).

Il protoplasma vivo riduce facilmente nelle soluzioni i metalli preziosi — tale facoltà scompare nel protoplasma morto.

Coutance. — **Equivalenza dei sali dell' acqua del mare al punto di vista biologico.** (*Gazette Hebdomadarie*, 1882, p. 260).

Servendosi di otto soluzioni ridotte ciascuna ad uno solo degli elementi naturali dell'acqua di mare nella proporzione, in cui essa contiene la loro totalità, l'Autore venne alle seguenti conclusioni: i sali di potassa sono meno favorevoli alla vita dei molluschi che i sali di magnesia — questi meno de'sali di soda — ad eccezione dei sali sciolti nell'acqua di mare, il solfato di soda sembra godere di una facoltà conservatrice assai accentuata.

E. Cyon. — **Azione delle alte pressioni atmosferiche sopra l'organismo animale.** (*Comptes Rendus*, 1882).

1.° Le alte pressioni atmosferiche, non agiscono sull' organismo in modo da modificare i rapporti esistenti nella tensione dei gas contenuti nel sangue.

2.° Questa azione si esercita sugli apparati della circolazione e della respirazione conformemente a leggi, che regolano l'azione dei gas del sangue sui centri nervosi, che presiedono alla funzione di questi apparecchi.

3.° Per conseguenza, l'ossigeno non è punto un veleno speciale per l'organismo, gli animali muojono ad alte pressioni atmosferiche, unicamente perchè diminuendo molto sensibilmente l'acido carbonico (l'eccitante principale dei centri vaso-motori e respiratorii), la circolazione e la respirazione si arrestano: la circolazione per l'abbassamento troppo considerevole della pressione sanguigna; la respirazione per l'apnea. I battiti del cuore s'accelerano per le stesse ragioni; d'un lato l'ossigeno, l'eccitante normale dei nervi e dei centri acceleratori aumenta la loro attività; d'altra parte la scomparsa dell'acido carbonico diminuisce l'azione moderatrice dei nervi pneumogastrici.

Grasset e Amblard. — **Azione isolata e comparata dell'emetina e dell'atropina sul cuore della rana.** (*Montpellier medical*, 1881).

L'emetina applicata direttamente sul cuore od injettata sotto la pelle rallenta i battiti del cuore fino all'arresto in diastole alla dose di 5-10 milligrammi. Prima v'è periodo di acceleramento del cuore, poi diminuisce bruscamente il numero dei battiti. Il rallentamento è in generale del 50 per 100. La contrazione del cuore si fa debole, la diastole e la sistole si fanno dicroti, la contrazione avviene con una serie di ondulazioni. Queste modificazioni possono osservarsi prima, durante o dopo il rallentamento.

L'atropina rallenta il cuore in modo graduale alla dose di 2-a 25 milligrammi; poi il polso resta stazionario per ritornare alla cifra iniziale. In generale la contrazione cardiaca conserva la sua ampiezza.

Facendo agire sul cuore l'emetina poi l'atropina, si vede che l'atropina può accelerare il cuore rallentato dall'emetina.

Injettando prima l'emetina sotto la pelle finchè si abbia il rapido rallentamento del cuore caratteristico e poi instillando direttamente sul cuore goccie d'atropina si produce una riascenzione della curva del polso.

L'effetto dell'atropina è nullo se nel momento dell'instillazione, l'emetina non produce sul cuore il rallentamento caratteristico.

L'atropina riaccellera il cuore della rana rallentata dall'emetina.

Ludwig e Luchsinger. — **Fisiologia del cuore.** (*Archiv. für die gesam. Physiologie*, N. 25).

L'abbassamento della temperatura rende il vago ineccitabile; la sua attività cresce in rapporto diretto del grado termico. Il vago resta attivo alla più alta temperatura sopportabile; arresta tosto il cuore, ed alle temperature mortali sembra aver guadagnato in attività.

La pressione intracardiaca e la frequenza dei battiti si elevano nel tempo stesso tanto più lentamente se la pressione è più forte. Colla punta del cuore isolato si vede il numero dei battiti crescere colla pressione intraventricolare. L'attività del nervo vago è pure sotto dipendenza della pressione intracardiaca. Più la pressione cresce, più è difficile eccitare il cuore: per eccitamento del vago il cuore batte più rapido ed energico e la parete cardiaca è più fortemente eccitata. Producendosi elevazione di pressione molto esagerata e momentanea, l'eccitamento del vago è senza effetto. La punta del cuore può battere ritmicamente: questo, secondo gli autori, dipende dal mezzo ambiente.

Dastre e Marcacci. — **Eccitabilità del muscolo cuore.** (*Società biologica di Parigi*, 1882).

Marey nel 1876 aveva dimostrato che un eccitamento elettrico prodotto da corrente d'induzione di forza media produceva una reazione motrice sul cuore secondo la fase di rivoluzione cardiaca, colla quale coincideva; così l'eccitante che si produceva durante il periodo diastolico era sempre efficace, mentre quando avveniva durante la sistole, trovava il cuore refrattario in questo tempo.

Essendo queste sperienze fatte sul cuore completo, restava a vedere quale parte spettasse in tale fenomeno al sistema nervoso intra-cardiaco ed al tessuto muscolare stesso. Gli autori perciò si servirono dell'apice del cuore di rana, che è sprovvisto di elementi nervosi automotori e si fanno eseguire a tale apice distaccato dei movimenti ritmici regolari con eccitamenti prodotti da correnti indotte deboli. Sul muscolo cuore, così tenuto in moto, ripeterono le esperienze di Marey con eccitamenti forti. Trovarono come Marey che la proprietà o la mancanza di reazione del cuore secondo il periodo, in cui arriva l' eccitamento, appartiene al muscolo cardiaco stesso non alle sue parti nervose.

Gaule. — **Citozoi provenienti dai globuli rossi del sangue delle rane.** (*Archiv für Physiologie* 1880-81 e nel *Centralblatt f. die med- Wissem.* 1881).

Esaminando i globuli rossi del sangue di rana defibrinato alla temperatura di 30°-32°-C in soluzione di cloruro di sodio 6 0[0 appajono nelle cellule, accanto al nucleo, dei corpuscoli, mobili allungati come appuntati alle due estremità. Il Gaule li considerava prima quali piccoli vermi o citozoi che sortono dalla cellula facendo movimenti per un qualche tempo, poi si arrestano, muojono e scompajono. Nella milza, fegato e midolla delle ossa i citozoi si sviluppano a spese dei globuli rossi. Gaule pensa che le emazie nella milza acquistano la facoltà di dare loro nascimento. I citozoi si mostrano più facilmente quando la rana non prende alimento e vive delle riserve fatte nel periodo d' una superiore attività.

La conclusione degli studj fatti in vari tempi da Gaule è che nelle preparazioni del sangue e della milza l'apparizione in massa dei citozoi è il risultato della morte; parte della cellula muore, l'altra parte diviene più attiva, sopravvive alla cellula e diviene libera.

Bizzozero. — **Di un nuovo elemento morfologico del sangue dei mammiferi e della sua importanza nella trombosi e nella coagulazione.** (*Gazzetta degli Ospitali*, 1882).

Esaminata a forte ingrandimento la circolazione nei piccoli vasi dei mammiferi, si vede che oltre ai globuli rossi e bianchi vi circola un terzo elemento costituito dalle piastrine. Sono queste che compongono quegli *ammassi granulari*, che furono già riconosciuti dagl'istologi. La vera forma della piastrina si può conservare con dei reagenti come con una soluzione indifferente di cloruro sodico colorata con violetto metilico.

Riguardo al *trombo*, le piastrine costituiscono la parte maggiore del trombo bianco dei mammiferi.

Rispetto alla *coagulazione* è probabile, che le piastrine vi abbiano quella parte, che Mantegazza e A. Schmidt assegnano ai leucociti. Mentre allo stabilirsi della coagulazione non hanno luogo mutamenti sensibili nei leucociti, se ne hanno di notevoli nelle piastrine, chè la fibrina precipita là ove si raccolgono le piastrine. Si ritarda o s'impedisce la coagulazione ritardando o impedendo la degenerazione delle piastrine, mentre nel caso contrario la si favorisce. Tutto questo rende più che probabile che *la coagulazione stia sotto la diretta influenza delle piastrine del sangue.*

Nella R. Accademia di medicina di Torino (seduta 21 aprile) il prof. Bizzozero riferisce ulteriori suoi esperimenti intorno alla formazione del trombo bianco negli animali a globuli rossi nucleati. La parte principale del trombo è rappresentata non già, come si crede generalmente, dai comuni globuli bianchi ma sì dalle piastrine nucleate che si soffermano e si accumulano là ove ebbe luogo la lesione della parete vasale.

Bizzozero. — **Sulle piastrine nel sangue dei mammiferi.** (*Comunicazione all'Accademia medica di Torino*, 1882).

L'Autore intende in questa sua nota, dare una esatta distinzione delle piastrine da lui trovate, dai corpuscoli del Norris. Questi ultimi, dice, sono della medesima grandezza dei globuli rossi, ed essendo abitualmente invisibili non cessano d'esser tali che quando vanno gradatamente colorandosi con emoglobina per trasformarsi in globuli rossi, mentre le piastrine non sono che un terzo o la metà del diametro dei globuli rossi, nè sono colorati dalla emoglobina. Conclude che i *corpuscoli del Norris sono un prodotto artificiale*; sono globuli rossi che, per le manipolazioni, alle quali andarono soggette nell'atto della preparazione, hanno perduto la loro emoglobina, e, a questo modo pur con-

servando la forma e la grandezza dei globuli rossi, sono diventati trasparenti, incolori, quali il Norris li descrive. Dunque le piastrine non hanno nulla di comune coi corpuscoli di Norris.

FANO. — **Contribuzione allo studio della coagulazione del sangue** (*Sperimentale*, 1882).

L'Autore si convinse dell'influenza, che le piastrine di Bizzozero possono avere nel processo della coagulazione ma crede che i corpuscoli bianchi vi abbiano maggiore influsso.

Il sangue peptonizzato coagula quando è diluito con acqua ed attraverso ad esso passa dell'acido carbonico.

Raccolto il sangue peptonizzato in un vaso, se si lasciano precipitare i corpuscoli rossi e diluito il plasma si possono vedere i corpuscoli bianchi e le piastrine.

Diluito tale plasma con acqua, col microscopio si può vedere la formazione di reticolo fibrillare a forma stellata, il cui centro d'irritazione è costituito alle volte da una piastrina, soventi da un corpuscolo bianco. Nel sangue peptonizzato coagulato sotto il microscopio si possono vedere molte piastrine che non prendono parte alla coagulazione.

La linfa estratta dal dotto toracico in tre cani peptonizzati non contiene piastrine, eppure colla diluzione o coll'acido carbonico produce coagulo.

BIZZOZERO. — **Sulla produzione dei globuli rossi del sangue nella vita extrauterina.** (*Giornale dell'Accademia di medicina di Torino*, 1881).

Nei mammiferi il globulo sanguigno rosso giovane è nucleato, in tutto è simile a quello dell'embrione ed ha la sua sede nel midollo rosso delle ossa, in alcuni casi anche nella milza, negli uccelli ed anfibii lo stadio giovane dei globuli è rappresentato da elementi sferici a nucleo sferico e grosso residente nel midollo.

In quale modo il globulo giovane nucleato dei mammiferi si trasforma nel globulo adulto senza nucleo?

Si credeva che i globuli bianchi si trasmutassero in globuli rossi nel sangue stesso circolante, si ammise che il midollo avesse l'ufficio ematopoietico. Però i globuli rossi nucleati anche più giovani hanno una notevole differenza dai globuli bianchi; il loro protoplasma non è mai granulato ma omogeneo, giallognolo per l'emoglobina, non ha la viva contrattilità, che hanno i globuli bianchi.

La teoria della trasformazione dei globuli bianchi in rossi incontrò favore perchè non si aveva altra ipotesi per dar ragione della produzione dei globuli rossi nell'adulto. L'Autore studiando il midollo delle ossa aveva già osservato delle forme di moltiplicazione per scissione dei globuli rossi nucleati, quindi aveva concluso che le cellule rosse si moltiplichino per scissione, conclusione confermata dalle ricerche di

Foà, Salvioli e Rindfleisch. Difatti esaminando il midollo del femore di un animale che sia stato salassato un pajo di volte alcuni giorni prima, poi dilacerando il midollo del femore in una soluzione 5 0[0 di cloruro di sodio colorato con violetto di metile, si ha un'enorme quantità di cellule in scissione.

Nelle osservazioni fatte nel midollo delle ossa di uccelli, vide i globuli rossi giovani del midollo moltiplicarsi per scissione e più specialmente per scissione indiretta. Questo modo del prodursi di nuovi globuli è costante nelle forme, che si trovano nel midollo nel numero notevole, in cui si trovano negli animali sani e pel loro crescere di numero negli animali, che salassati stanno riparando il sangue perduto.

Forme affatto simili alle testè descritte nel midollo degli animali adulti si trovano nel sangue circolante degli uccelli, nei primi giorni della loro vita embrionale.

Nel midollo dell'osso della rana vide i soliti stadii della scissione dei globuli rossi. Anche nel midollo dell'osso della lucertola si vede che il midollo rosso è incaricato della produzione dei globuli rossi, che si formano per la moltiplicazione dei preesistenti.

Nell'uomo e in altri mammiferi il midollo è sempre assai ricco di forme di scissione dei globuli rossi specialmente se gli animali furono salassati alcuni giorni prima.

Le ricerche dell'Autore dimostrano anche nei mammiferi che la produzione dei globuli rossi della vita estra-uterina ha luogo per scissione dei giovani globuli rossi nucleati soprattutto per scissione indiretta.

Non si ha bisogno dell'ipotesi della trasformazione dei globuli bianchi nei giovani rossi per spiegare la continua produzione dei giovani globuli nel midollo.

La trasformazione dei globuli bianchi in rossi non ha alcun fatto che la dimostri. Anche senza i globuli bianchi, i globuli rossi possono essere prodotti in quantità indefinita dalla scissione delle cellule nucleate rosse del midollo. I globuli rossi nucleati nei primi periodi di vita dell'embrione circolano e si moltiplicano in tutto il sistema circolatorio, poi vanno scomparendo dalla circolazione generale e si concentrano nel fegato e nella milza e solo nei primi stadii della vita estra-uterina, il midollo osseo essendo largamente sviluppato si vede che la ematopoiesi del fegato e della milza va estinguendosi.

La milza nei cani e nelle cavie fortemente salassate può ridiventare atta a produrre globuli rossi.

Hayem assegna agli ematoblasti l'azione di formare i globuli rossi nei mammiferi. Ma i così detti ematoblasti di Hayem esistono già nel sangue circolante dell'animale. Questi ematoblasti, che Bizzozero vorrebbe chiamare invece piastrine del sangue, sono in rapporto con la coagulazione e con altri fenomeni della vita del sangue non già con la produzione dei globuli rossi.

La milza embrionale, fu dimostrata da Foà e Salvioli che possiede

quantità di globuli rossi nucleati superiore a quella del fegato e anche la milza dell'adulto può ridiventare attiva negli animali anemici per ripetuti salassi.

Il riapparire poi di cellule giganti nella milza di animali salassati è un argomento di più a favore del ripristinarsi della facoltà ematopojetica della milza adulta.

Conclusione di questi studii è quindi che la produzione dei globuli rossi del sangue tanto negli animali a globuli nucleati quanto in quelli a globuli senza nucleo ha luogo nella vita extra-uterina per quello stesso processo, per cui ha luogo nella vita intra-uterina per moltiplicazione, per scissione indiretta di una forma cellulare tipica, la quale nella vita extra-uterina risiede specialmente e costantemente nel midollo delle ossa.

Marchiafava. — **Attività emopojetica del midollo delle ossa.** (*Bollettino della R. Accademia medica di Roma*, 1881).

Il midollo delle ossa è quasi l'esclusivo formatore dei globuli rossi del sangue nella vita estra-uterina.

Nell'anemia prodotta dalla gravidanza, l'organismo provvede al maggiore bisogno di globuli rossi per il sovraeccitarsi dell'attività del midollo delle ossa sia nelle ossa piatte, sia nelle lunghe.

L'Autore riporta il caso di un giovine di 25 anni, che per ferità ebbe gravi ripetute emorragie susseguite poi da amputazione dell'arto superiore.

Dall'esame dell'arto amputato l'Autore riconobbe nell'uomo quello, che si era osservato sugli animali resi anemici per ripetuti salassi, in cui il midollo osseo si vide ricco di globuli rossi giovani in via di sviluppo. Questo fatto dimostra il rapido riaversi di un organismo sano e posto in buone condizioni da una rilevante emorragia.

Sanquirico. — **Trasfusione di sangue defibrinato.** (*Accademia medica di Torino*, 1882).

Gli animali sottoposti ad esperienze venivano salassati al 4,50, 0[0]: in tali condizioni la loro vita non poteva durare più di qualche ora. Facendo una trasfusione di sangue defibrinato nelle vene nessuno morì, il loro sangue conservò per un tempo indeterminato un valore emoglobinico proporzionale alla quantità di sangue trasfuso.

Contro l'asserto di Hayem l'Autore afferma che il sangue defibrinato non è nocivo all'organismo, entro cui viene posto artificialmente a circolare.

Con metodi esatti potè inoltre l'Autore affermare che tutti od almeno la più gran parte dei globuli trasfusi si conservano ed il fatto delle buone condizioni generali degli animali, e la mancanza assoluta di emoglobina nelle urine è prova maggiore.

Corona e Cocco-Pisano. — **Nota preventiva sulla trasfusione di sangue nel peritoneo e nuovo metodo di trasfusione diretta, dall'arteria alla cavitá peritoneale con appropriato trasfusore.**

Gli autori dopo numerose esperienze praticate sugli agnelli e sui cani, asseriscono:

1.° Che il sangue puro direttamente introdotto dall'arteria carotide dell'animale nella cavità peritoneale viene completamente assorbito.

2.° Che l'assorbimento di circa 100 grammi di sangue in animale di piccola taglia si effettua completamente nello spazio di circa cinque giorni.

3.° Che durante il tempo, nel quale si fa l'assorbimento nella cavità peritoneale il sangue non ancora assorbito resta liquido.

4.° Che l'aumento dell'emoglobina constatato col cromo-citometro comincia a farsi dopo le prime 24 ore per salire gradatamente fino ad un certo limite.

5.° Che l'animale non va soggetto ad inconvenienti di sorta non presentandosi disturbi nè peritoneali nè di altri organi.

Lyon. — **Quantità dei corpuscoli sanguigni.** (*Virchow's Archiv*, 1881).

L'Autore mescola il sangue ad una determinata quantità di soluzione acquosa di cloruro di sodio e pone una goccia di liquido sotto un vetro micrometrico. — Il sangue di cane preso a diversi momenti della giornata presenta delle oscillazioni quantitative. — Sopra 28 osservazioni fatte sullo stesso animale, si ebbero circa 5 milioni e mezzo di globuli per ogni centimetro cubico di sangue. — Anche sopra di sè stesso l'Autore trovò una media uguale ai corpuscoli sanguigni. — Ad un cane, a cui aveva procurato emorragia trovò che aveva 3 milioni per centimetro cubico invece di 7 milioni, che ne presentava il primo. — Il numero poi dei corpuscoli bianchi da 15,000 si era elevato a 35,000. — In un cane che aveva subito emorragia, il ritorno della proporzione dei globuli rossi allo stato normale si effettua circa dopo 25 o 30 giorni.

Albertoni. — **Azione dei fermenti sull'organismo.** (*Italia Medica*, N. 16).

La tripsina (fermento del pancreas che digerisce gli albuminoidi, già denominato pancreatina) injettata nei vasi, esercita sul sangue un'azione caratteristica che consiste nel renderlo incoagulabile, distruggere tutti od alcuni componenti della fibrina, distruggere in parte i leucociti, dare luogo a sviluppo di bacterii. — Dosi piccole di tripsina esercitano nessuna apparente dannosa azione sugli animali; ma se la tripsina è fresca e molto attiva produce, appena injettata, fenomeni di generale paralisi. L'animale manda un grido di lamento, si agita, poi si arresta il respiro, la coscienza, la sensibilità: tutte le funzioni vanno

perdute, soltanto il cuore continua a contrarsi. — A questo stadio segue bentosto la morte, oppure l'animale si rimette per breve tempo e muore più tardi. — Altre volte i fenomeni non sono così violenti, vi ha perdita di coscienza, paralisi dei movimenti volontarii, ma continua la respirazione. — La morte avviene per arresto respiratorio. — Sebbene il cuore resista più a lungo all'azione della tripsina, tuttavia questa sostanza non è inattiva sul sistema circolatorio. — La tripsina diminuisce sempre la pressione sanguigna.

La *papajotina* agisce in maniera molto simile alla tripsina, soltanto la sua azione è anche più potente e deleteria. — Essa pure determina lo sviluppo dei bacterii nel sangue come ha ora constatato Rosbach.

La *pepsina* è pure capace di rendere il sangue incoagulabile e modificare i componenti della fibrina, e queste azioni sono totalmente subordinate allo sviluppo dei bacterii a cui può dar luogo. — Così dicasi della saliva.

Le descritte azioni dipendono dai fermenti, perchè essi mancano quando l'attività dei fermenti sia stata distrutta con la bollitura. — Il peptono commisto ai fermenti può valere a rendere il sangue incoagulabile, ad abbassare la pressione sanguigna ed a dare altri fenomeni di avvelenamento. — Ma indipendentemente dal fatto che l'attività dei fermenti va distrutta colla bollitura, e non già quella dei peptoni, le modificazioni del sangue prodotte da queste due sostanze sono totalmente differenti e possono ben venire distinte. — Infatti il sangue peptonizzato coagula quando comincia ad alterarsi e putrefare, quando viene sbattuto con etere, allungato con acqua o trattato con una corrente di $CO^2$; invece il sangue modificato dall'injezione di fermenti non coagula punto per questi trattamenti.

E FANO. — **Della sostanza, che impedisce la coagulazione del sangue.** (*Sperimentale* 188?).

L'Autore conclude dalle sue sperienze:

1.° che il peptono injettato nel sangue dà luogo alla formazione di una sostanza, che impedisce il processo della coagulazione;

2° che detta sostanza è il prodotto dell'azione modificatrice del peptone sugli elementi del sangue probabilmente sugli albuminoidi del plasma normale circolante;

3.° che precipita col $CO^2$ del plasma estratto dall'organismo e si ridiscioglie quando viene di nuovo introdotto in circolo;

4.° che perde lentamente la sua capacità di impedire la coagulazione diluita che sia con $H^2O$ e rapidamente quando sia riscaldata ad una temperatura di 100° C.

DUBAR e REMY. — **Assorbimento per il peritoneo.** (*Journal de Robin*, 1882).

L'albumina sciolta è assorbita dal peritoneo, infatti scompare il liquido

injettato dopo 24-36 ore — si trova dell'albumina nei vasi linfatici del diaframma e del canal toracico che si riconosce col calore, coll'alcool, col solfato di rame — si trova nell'urina. L'albumina assorbita non si accumula nel siero del sangue. — Le soluzioni albuminose fresche sono del tutto inoffensive.

Le injezioni albuminose non producono alterazione nella sierosa peritoneale — l'epitelio è conservato.

Nel peritoneo trovansi due grandi vie di assorbimento la linfatica e la sanguigna.

Si possono colorare i vasi linfatici e si può avere il colore isolato della loro valvola.

VELLA. — **Nuovo metodo per avere il succo enterico puro e stabilirne le proprietà.** (*Memoria dell'Accademia delle Scienze dell'Istituto di Bologna*, 1881. Serie IV. T. II).

Il metodo del Thiry per avere succo enterico puro fu da Albini dimostrato or sono parecchi anni assai difettoso.

Il prof. Vella propone ora un metodo assai ingegnoso, che dal relatore di questa *Rivista* fu pure trovato utilissimo.

L'Autore isola un'ansa intestinale separandola dal resto della massa e lasciandola nella cavità peritoneale aderente al mesenterio, e fa coi due capi di essa rimasti liberi, due fistole all'esterno.

Favorisce poi la continuità dell'intestino da cui fu tolta l'ansa con una doppia sutura a *filzetta* e a *sopramano*.

Con injezioni di pilocarpina, l'Autore ottiene una grande quantità di succo enterico puro, del quale, studiando le proprietà, riconobbe che il succo enterico benchè alcalino, ha il potere di coagulare la caseina del latte, trasformare la fecola in destrina ed in zucchero d'uva e lo zucchero di canna in glucosio, di emulsionare e sdoppiare i grassi, di peptonizzare gli albuminoidi.

VELLA. — **Funzioni del cieco e del restante crasso intestino.** (*Istituto Accademico di Bologna*, 1882).

Il succo intestinale del cieco e del rimanente crasso intestino ha la proprietà di convertire le sostanze adipogene, la fecola, lo zucchero di canna in glucosio.

Emulsiona le sostanze grasse senza per altro sdoppiarle.

Discioglie e peptonifica la carne e meno assai l'albume di uovo cotto.

Precipita benchè alcalino la caseina del latte e ridiscioglie il precipitato peptonizzandolo ove se ne protragga il contatto tanto fuori dell'animale nelle così dette digestioni artificiali, quanto e meglio introducendolo direttamente nella porzione dell'intestino isolato dell'animale vivo.

G. Salvioli. — **Nuovo metodo per lo studio delle funzioni dell'intestino tenue.** (*Archivio di Bizzozero*,1882).

L'Autore cercò di risolvere i seguenti problemi relativi alle funzioni dell'intestino; quali sono: 1.° movimenti dell'intestino, 2.° le variazioni delle resistenze nei vasi sanguigni, 3.° la capacità assorbente della mucosa. Per tale scopo uccide gli animali (cani o conigli) per dissanguamento.

Dopo l'ultimo atto respiratorio apre la cavità addominale e trae una porzione del digiuno lunga circa 10 centimetri, nei cui vasi fa circolare una miscela di sangue. — Mantiene al grado più fisiologico la eccitabilità dell' intestino tenendolo ad una temperatura di 40° C. — Fa circolare nei vasi intestinali una mescolanza composta di 30 parti di sangue fresco di vitello, quando si tratta di esperimentare sui conigli e di 30 parti di sangue di cane, dovendosi lavorare su questi animali e 70 parti di una soluzione purissima di cloruro di sodio 0,75 p. 100.

Per istudiare i movimenti della tonaca muscolare lascia aperte ambe le aperture del tubo intestinale, perchè si possa vuotare del contenuto. I risultati delle ricerche sono i seguenti:

1.° Quando circola abbastanza velocemente, per il pezzo d' intestino, del sangue apnoico sotto una pressione che non produca edema, allora tutti i movimenti cessano, oppure la penna segna sulla carta annerita invece di una linea retta, una linea leggermente ondulata. Ciò che vuole dire che l'intestino compie, anche quando l' occhio non lo percepisce, delle leggere ondulazioni. — Se si fa cessare la circolazione, l'intestino comincia lentamente a muoversi e i movimenti si vanno facendo sempre più accentuati. — Fra i veleni, che esercitano un'influenza sui movimenti dell'intestino, la nicotina sta in prima linea; questa agisce pure sulle fibre circolari delle piccole arterie intestinali prima contraendole, poi paralizzandole. — L' azione di questo veleno fu riconosciuto anche sul pezzo d'intestino sottoposto all' esperienza. — Anche l' oppio produce nel pezzo d'intestino i suoi effetti come quelli che produce nei cani viventi dopo ch'è stato injettata nelle vene la tintura tebaica.

2.° *Sui movimenti che si producano in un limitato punto dell' intestino.* — L' Autore produce una limitata irritazione in un punto del pezzo d'intestino preparato col suo metodo, adoperando diversi agenti: qualunque irritazione dà origine agli stessi fenomeni. — Le fibre muscolari nel punto corrispondente all' irritazione elettrica entrano in tetano, che scomparisce cessata l'irritazione o ancora mentre questa persiste, ma restano limitate e non osserva l'Autore delle contrazioni che si propaghino. — Dunque ad irritazioni locali corrispondono contrazioni circoscritte.

3.° *Sull'assorbimento dei liquidi nell' intestino*, *mantenuto vivo col metodo del Salvioli.* — Pone nel contenuto intestinale una piccola quantità di nicotina; dopo 20 o 30 secondi l'intestino presenta una contrazione tetanica, che è seguita da intense e rapide contrazioni. Lavato

l'intestino con una soluzione di cloruro sodico al 50 p. 100 fa circolare per 4 ore sangue apnoico, l'intestino presenta delle contrazioni, il che porterebbe alla conclusione dell'assorbimento.

GAUTIER. — **Modificazioni solubili ed insolubili del fermento della digestione gastrica.** (*Comptes rendus*, 1882).

L'Autore per assicurarsi se il fermento gastrico sia realmente solubile filtrò ripetutamente anche traverso della porcellana delle soluzioni di pepsina molto attive e riconobbe che la pepsina privata delle sue parti insolubili, agisce in modo più debole che dopo la filtrazione. — Potentemente attive si trovano le parti insolubili nell'acqua, che restano sul filtro della porcellana.

LANDWEHR. — **Ricerche sulla mucina della bile e della ghiandola sottomascellare.** (*Zeitschrift für Physiologische Chemie* di Hoppe-Seyler, 1881).

Il poco accordo sulle analisi della mucina dipende dalla mescolanza della mucina di minimi animali probabilmente con sostanze analoghe al glicogeno, in altre mucine per la mescolanza di sostanza non ancora abbastanza conosciuta che per l'ebullizione con acido acquista proprietà riducevoli.

È facile ottenere mucina della bile pura precipitandola con acido acetico, lavandola, sciogliendola in soluzione sodica all'1 per 10) e di nuovo precipitando.

La mucina contiene zolfo.

La sostanza riducevole non è prodotto di scissioni della mucina ma consta di sostanza precipitata colla mucina.

La mucina si trasforma per mezzo dell'alcool o per l'ebullizione con acqua od il riscaldamento in albumina coagulata.

Mucina può trattata cogli alcooli o coll'acqua di calce cangiarsi in albuminato, per l'azione degli acidi si trasforma in sintonina.

Il ferro cianuro di potassio e deboli soluzioni di sali metallici non intorbidano le soluzioni acetiche di mucina. — Nè l'acido fosfowolframico nè la soluzione di joduro di mercurio precipitano la soluzione di acido acetico od idroclorico.

L'acido tannico precipita la soluzione di acido acetico.

L'acetato di piombo basico e l'ammoniaca precipitano la mucina.

I sali neutri aumentano la solubilità della mucina nelle soluzioni alcaline e nell'acido.

RADENHAUSER. — **Latte di donna.** (*Zeitschrift für Physiologischen Chemie*, von Hoppe-Seyler, 1881).

Conclude l'Autore che i corpuscoli di latte di donna sono in gran parte corpuscoli di grasso libero. Il latte di donna non contiene caseina, ma solo albumina con poca miscela di sostanza proteica.

M. Duclaux. — **Sulla digestione pancreatica.** (*Comptes rendus*, 1882).

Il carattere alcalino del succo pancreatico, del liquido di macerazione del pancreas, e la loro composizione chimica hanno grande influenza sulla loro facile alterabilità, ma vi ha un'altra causa molto attiva, ed è che i germi dei fermenti vi sono presenti da principio anche nel succo naturale proveniente da una operazione ben riuscita di fistola pancreatica.

Per evitare la presenza di varie sostanze senza ricorrere ad una filtrazione impossibile, l'Autore consiglia di mettere in contatto della sostanza a digerire lo stesso tessuto del pancreas, che si ricava con una rapida operazione sull'animale in digestione, cui sia stato tagliato con l'ajuto di cesoje un frammento del pancreas, si introduce in un matraccio contenente la materia sterilizzata sulla quale si vuole fare agire. — Si fa una vera macerazione e se la operazione è ben fatta, la purezza del liquido resta assoluta. Il succo gastrico rompe la fibra muscolare in largo, il succo pancreatico in lungo. — La carne cruda si trasforma poco a poco in una polpa alimentare, che rassomiglia a quella fornita dal succo gastrico, cioè in cui non avviene giammai una completa dissoluzione.

Nei matracci dove abbiamo veduto la trasformazione di certe materie albuminoidi in peptoni, i frammenti del pancreas restano intatti, e si ritrovano con la loro forma e le loro dimensioni.

Stefano Capranica. — **Le reazioni dei pigmenti biliari.** (*Accademia medica di Roma*, 1881).

L'Autore in questo suo lavoro ha constatato:

1.° L'esistenza dei varii reattivi estremamente sensibili per i pigmenti biliari, i quali sono: soluzione alcoolica di bromo al 5 per 100, acido clorico (densità 1,200), acido jodico sciolto in acqua al 20 per 100. — La soluzione di bromo dà un colore *verde-smeraldo*, quantità maggiori di Br cangiano il verde in *bleu indaco* bellissimo; aggiungendo ancora del Br il *bleu* diviene violetto, quest'ultima reazione è agevolata dalla luce. — L'acido clorico impiegato come nel caso del Br produce nelle soluzioni dei pigmenti biliari le medesime tinte con uguale successione ma con maggiore rapidità.

L'acido jodico dà ugualissimi risultati.

2.° Ha dimostrato che la biliverdina può ottenersi direttamente dalla bilirubina, per solo fatto patogenico.

3.° Con le reazioni speciali dei pigmenti biliari, ha provato la non identità di questi pigmenti con l'ematoidina di Holm e Staedeler, ossia dei corpi gialli dell'ovario.

4.° L'esistenza d'una modificazione chimica della bilirubina per azione dell'idrogeno solforato.

5.° Ha dato un metodo clinico facile, caratteristico e sensibilissimo per rintracciare quantità minima dei pigmenti della bile.

Schipiloff e Danislewsky. — **Sulla natura della sostanza anisotropa del muscolo striato.** (*Zeitschrift für Physiologische Chemie*, von Hoppe-Seyler, 1881).

Gli Autori confermano in generale l'opinione di Krause che il fascio muscolare sia un tessuto solido che contiene siccome si può riconoscere un sistema di cassettini (Köstchen) — ognuno dei quali è debolmente birifrangente. — Questa doppia rifrazione dipende solo dalla lecitina.

La lecitina è nell'organizzazione di questo sistema di cassettini assai importante.

La sostanza anisotropa del contenuto dei cassettini consta di miosina, che forma i due dischi trasversali.

La proprietà birifrangente di questi dischi di miosina dipende da una sostanza cristalloide della miosina, in cui sono unite alcune delle sue mollecole.

La miosina passa nella soluzione e può sopportare alcuni cangiamenti chimici e fisici senza perdere questa forma cristalloidea.

Gli elementi di Brücke ipoteticamente birifrangenti (*disdiaklasti*) trovano nelle nostre particelle di miosina cristalloide le loro fasi fondamentali.

Thanhoffer. — **Muscoli striati degli insetti.** (*Accad. delle scienze ungaresi*, 1881).

Il nevrilema dei nervi, che vanno ai muscoli striati dei coleotteri si compone di due membrane isolabili con l'uso della pepsina.

I nervi terminano nel muscolo al mezzo delle piastre terminali solite, ma questi si estendono dentro le due membrane sarcolemmatose.

Il cilinder-axis del nervo si divide dicotomicamente nella piastra terminale dei coleotteri, il nervo stesso si espande sotto forma di reticolo. = Nella rana il nervo si spande ugualmente in forma di piastra terminale, senza portare la forma reticolata, ma dicotomicamente si divide nella solita maniera e s'unisce ai nuclei situati sulla sostanza muscolare; questi nuclei non fanno altro in realtà che toccare le fibre del cilinder-axis. — La piastra terminale, nei coleotteri, è separata dalla sostanza muscolare da una membrana che l'Autore chiama mantello del nervo.

L'involucro sarcolemmatoso esterno si confonde con l'involucro esterno jalino del tendine, che dà inserzione al muscolo, si trova sul tendine un sistema di canali reticolati, che penetrano nella sostanza muscolare, portando ai loro punti di contatto gli elementi cellulari nucleati e sono analoghi ai canalicoli del succo degli altri organi.

I tronchi nervosi del muscolo sono contenuti in una cavità circoscritta da molte creste, tappezzata ciascuna da cellule endoteliali.

Se si esaminano nel lor succo naturale nella saliva, delle fibre muscolari dell'*hydrophilus piceus* isolati e che presentano ancora la piastra terminale, si constata che le strie di Krause in rapporto con la membrana nucleata della piastra terminale sono più avvicinate le une sulle altre quando il muscolo è contratto, ma esse tendono ad allontanarsi a poco a poco dai due lati. — Come se fossero tirate da una forza particolare, esse prendono una direzione convergente alla base della placca terminale, una direzione divergente al lato opposto. — Ciò conferma ancora l'opinione che si ha una unione intima dentro la piastra terminale e le strie di Krause.

MEADE SMITH. — **Temperatura dei muscoli di mammiferi eccitati.** (*Archiv für anatomie und physiologie*, 1881).

Nei muscoli de'cani tetanizzati che furono esportati trenta minuti dopo il principio della misura della temperatura ed un'ora dopo la morte, si vide che aumenta la temperatura del muscolo durante l'eccitamento per 2' di 0°,16 C., ma il sangue che vi scorre era più freddo di 0°,76 C. del muscolo.

È pur interessante la ricerca sulla gamba di coniglio, in cui scorre sangue artificialmente. — Immediatamente prima che cominciò il tetano perdurava la corrente del sangue e col principiare dell'eccitamento la corrente sanguigna era interrotta. — Si innalza la temperatura del muscolo già molto raffreddato durante il primo minuto di eccitamento di 0°,18 C., e cade nei due seguenti di 0°,05 C.

PAOLO PELLACANI. — **Ricerche farmacologiche sugli organi a fibre liscie e sulla vescica urinaria in particolare.** (*Archivio per le scienze mediche*, Torino, Vol. V, fasc. 4.°, pag. 295).

L'Autore divide il suo lavoro in due parti. — Nella prima svolge la parte storica dell'argomento, non che il metodo esperimentale che lo condusse col Mosso a conclusioni plausibili sulle funzioni della vescica urinaria, nella seconda tratta veramente l'argomento propostosi. — Il curaro agisce sulla vescica urinaria coll'intermezzo della respirazione; quest'influenza è spiegata diversamente da Bernard e dagli alti sperimentatori; esperienze accurate provano come molto tardiva sia l'influenza paralizzante del curaro nei muscoli lisci medesimi, i quali dimostrano contrazioni ed aumento di tono maggiore, mano a mano che la respirazione diventa superficiale e si sospende. — Tali effetti sono generati nei muscoli lisci della vescica e la mizione per l'influenza del curaro non è che una mizione asfittica, contraendosi fortemente la musculatura del detrusore e superando le resistenze offerte dallo sfintere della vescica propriamente detto.

La stricnina agisce sui muscoli lisci della vescica con l'influenza del sistema nervoso, essa come gli altri agenti manifesta una azione generale sui muscoli lisci della vescica, per cui aumenta il tono dello sfin-

tere come del detrusore per sua influenza e qui pure si verifica il fatto, che solo quando intervengono forti contrazioni del detrusore, la resistenza dello sfintere viene superata.

Sono agenti che influenzano i muscoli della vescica a mezzo dei movimenti dei vasi ed in rapporto alle modificazioni della pressione sanguigna:

1.° *La segale cornuta.* — Aumenta il tono della vescica, ne provoca contrazioni: nei muscoli della vescica l'ergotin manifesta in modo generale la sua azione.

2.° *Nitrito amilico.* — Produce persistenza della dilatazione forte della vescica, anche quando gli effetti sui vasi sono dileguati.

3.° *Chinina.* — L'azione di questa sostanza nei muscoli lisci è in gran parte indiretta ed è sempre un'azione eccitante, tonica, che si manifesta con vere contrazioni di questi muscoli.

4.° *Nicotina.* — I suoi effetti sui muscoli lisci della vescica, coincidono con le variazioni nella pressione sanguigna.

5.° *Cloralio, cloroformio.* — Sotto la loro influenza, aumentandosi l'eccitabilità spinale si possono dimostrare degli effetti riflessi sulla vescica per le più leggere eccitazioni periferiche.

6.° *Oppio, morfina.* — Nelle esperienze dell' Autore non avvenne il fenomeno della contrazione spasmodica della vescica, per influenza dell'oppio. — Osservò invece una dilatazione dell'organo, lenta, progressiva per tutto il tempo, nel quale dura l'azione ipnotica dell'oppio.

7.° *Alcool, caffè.* — Per l'alcool notò un breve periodo di dilatazione, seguito da uno più durevole di aumento progressivo del tono, massime durante lo stato di ebbrezza. — L'azione del caffè sulla vescica è molto più pronta di quella dell'alcool.

8.° *Astringenti.* — Fra questi, l' acido gallico fornì i massimi effetti nell'esperienza in parola, inducendo questo farmaco delle contrazioni forti, persistenti della vescica. — Risultati molto minori diedero i clorurì di ferro.

Fra i medicamenti che manifestano la loro influenza in modo diretto sui muscoli lisci della vescica, la pilocarpina produce contrazioni tali da far perdere la forma ordinaria delle contrazioni dei muscoli lisci. — Dopo 15 minuti l'animale, rimanendo sempre tranquillo, presenta la vescica contratta tanto da occorrere una pressione di 30° o 40° C.', onde fare passare il liquido nella medesima. — Avvengono poi i fenomeni di dispnea, agitazione, abbassamento della pressione, miosi, rallentamento dei movimenti del cuore e la vescica rimane sempre in un forte stato di contrazione.

Questi risultati non cambiano se i muscoli della vescica vengono isolati da qualsiasi influenza col midollo lombare o privati d'ogni innervazione. — Cessati questi fenomeni, i muscoli rimangono sensibilissimi ad ogni influenza fisiologica, che secondariamente può apportarvi la pilocarpina, massime per la via della respirazione. — Analoghi risultati si ebbero dalle esperienze, che poterono instituirsi sull'uomo.

CAPPARELLI. — **Sulla contrazione delle fibre muscolari lisce** (*Accademia di medicina di Torino*, 1882).

Il periodo di eccitazione delle fibre lisce vescicali nella rana è in media 37[50 di secondo. — Cifra quasi eguale è ottenuta sulle vesciche di cani giovani in sito ed in buone condizioni di temperatura. — Così pure nelle fibre lisce vescicali di coniglio.

Il periodo latente di eccitazione delle fibre dello stomaco di rana è anche rappresentato da un valore analogo a quello stabilito per la vescica.

La media del periodo latente di eccitazione per l'esofago di cane è 2[50 di secondo nella sua parte mediana.

Le fibre lisce conservano la loro eccitabilità per tempo abbastanza lungo staccate dall'animale.

La durata dell'eccitazione latente negli animali a sangue freddo varia col variare della temperatura — col variare dell'intensità dello stimolo — è più lunga negli avvelenati col solfato di veratrina.

I fenomeni della fatica muscolare differiscono poco da quelli, che si osservano nei muscoli striati. La rigidità nei muscoli lisci ha un andamento speciale, incomincia poco tempo dopo la morte e raggiunge il suo massimo in 6 o 10 ore.

Durante il progresso della rigidità i muscoli lisci sono ancora eccitabili.

La stimolazione elettrica affretta lo stato di rigidità nei muscoli lisci, per effetto dell'eccitamento il decorso della rigidità diventa più corto.

RICHET. — **Eccitabilità riflessa dei muscoli nel primo periodo del sonnambulismo.**

Si praticano i così detti *passi* dei magnetisatori davanti la fronte e gli occhi di persona, che vuolsi addormentare — poscia cessando i *passi*, si trova all'esame che i muscoli sono molto eccitabili. Difatti si tende fortemente l'avambraccio sul braccio facendo pressioni ripetute sul tricipite bracciale — si prova l'eccitabilità grande dei muscoli negli isterici — una forte contrazione od eccitamento meccanico del muscolo produce la sua contrattura.

L'individuo tiene teso il braccio senza provare fatica, ma prima devesi provocare l'eccitabilità riflessa del muscolo. — Nell'altro braccio solo teso si ha fatica, non nell'altro.

Queste alterazioni nella funzione del muscolo dipendono dall'aumentata tonicità muscolare, cioè dall'eccitabilità midollare esagerata.

ROSENTHAL. — **Nuovi studj sui movimenti del respiro.** (*Archiv. für Anat. und Physiologie*, 1880-81).

Nel vago trovansi filamenti, il cui eccitamento agisce sul centro della respirazione finchè i movimenti del respiro si fanno più frequenti, più deboli. — Eccitandoli forte, il respiro si arresta in stato d'inspirazione mediana. — Rosenthal li chiama nervi regolatori.

Nel nervo laringeo superiore, trovansi filamenti il cui eccitamento rallenta i moti respiratorii, li rende più profondi e li arresta se l'eccitante è più energico. — Rosenthal li chiama nervi inibitori del centro del respiro.

Nel laringeo inferiore trovansi filamenti, il cui eccitamento provoca l'arresto in espirazione. — Questi non hanno effetto usando correnti forti se si narcotizza l'animale e si toglie il cervello. — Agiscono come filetti sensibili a mo'degli altri nervi sensibili.

Dosi sufficienti di cloralio injettate nelle vene sopprimono l'azione dei nervi regolatori e lasciano sussistere quella dei nervi inibitori.

Golgi. — **Fibre nervose midollate, periferiche e centrali.** (*Archivio italiano per le malattie nervose,* 1880).

Ewald e Kühne dimostrarono colla digestione artificiale fatta per mezzo del succo gastrico e la tripsina che negli organi nervosi centrali è assai diffusa una sostanza, che dà la reazione dei tessuti cornei. — Ewald e Kühne negano che la neuroglia sia sostanza collagena o connettiva ma asseriscono sia invece di natura epiteliare, derivazione del foglio corneo.

Nei nervi trovasi la nevrocheratina e per dimostrarla Ewald e Kühne trattavano le fibre nervose coll'alcool e coll'etere a caldo per sottrarre la sostanza midollare e colle digestioni di fibre nervose isolate fatte col succo gastrico e colla tripsina sul porta-oggetti.

Ewald e Kühne conclusero quindi che nelle fibre nervose esistono due guaine appartenenti al tessuto corneo, cioè l'esterna applicata alla guaina di Schwann, l'interna circondante il cilinder axis, che alla sua volta è isolata dalla guaina midollare. — Le due guaine poi sarebbero unite per trabecole forti, rifrangenti, ramificate e presentanti dei nodi.

Altre ricerche confermarono l'esistenza nelle fibre nervose di uno stroma corneo diffuso.

Tizzoni asserisce che nelle fibre nervose periferiche il tessuto corneo ha la forma di reticolo a maglie irregolari. — Rumpf confermava le osservazioni di Kühne e di Ewald. — Invece Gerlach nega l'esistenza dello stroma corneo e dice la presenza dello stroma corneo nella guaina midollare doversi all'azione dell'alcool.

L'Autore esaminando con mediocre ingrandimento un preparato di fibre nervose (uomo, cane, coniglio) e facendo scorrere nel campo microscopico una fibra isolata rileva che lungo la sua superficie a distanze regolari, in corrispondenza alle incisure di Lantermann esiste regolare fina striatura trasversale estesa dall'uno all'altro margine della sezione ottica della fibra. — Con maggior ingrandimento si vede la fina striatura essere prodotta da tenuissime fibrille, che passano dall'un margine all'altro dell'apparente superficie della fibra nervosa — distinte in corrispondenza della incisura di Lautermann, lontane da questa zona vanno a mano a mano scomparendo sicchè verso il corpo dei singoli segmenti midollari non è più rilevabile alcuna fibrilla.

Trattando successivamente le fibre nervose con due soluzioni la prima di bicromato di potassa coll' aggiunta di un poco di acido osmico, la seconda di nitrato d'argento, si ottiene l' annerimento dei filamenti in questione.

Da questo modo di preparazione si riconosce che nel decorso delle fibre nervose nello spazio fra il cilinder-axis e la guaina di Schwann ad intervalli, che corrispondono all' estremità dei segmenti midollari, trovansi degli speciali apparati di sostegno della mielina costituita da altrettanti fili finissimi, che girano attorno al cilinder-axis con volute, che nel mentre vanno ingrandendosi leggermente si spostano nel senso della lunghezza delle fibre, formano spire di forma conica, i cui giri terminali o dell'apice del cono circondano più o meno strettamente il cilinder axis, mentre i giri iniziali o della base del cono corrispondono alla superficie interna della guaina di Schwann, con cui sembra avere connessione.

V'ha corrispondenza fra la disposizione delle spire e la incisura di Lantermann.

L'ampliarsi dei giri è in corrispondenza del graduato ingrossamento dell'estremità dei segmenti.

I giri iniziali delle spire ripetendosi a brevi intevalli costituiscono una specie di involucro — si ha poi l'impressione che i fili che formano le spire emanano direttamente dalla interna superficie della guaina di Schwann.

Nelle fibre nervose midollari centrali si hanno pure le interruzioni oblique della guaina midollare o spezzature di Lantermann, v' ha l'apparenza di fascetti fibrillari situati a breve distanza lungo l'andamento delle fibre.

Nella guaina midollare trovasi una non interrotta serie di imbuti di forma conica, la cui apertura minore strettamente avvolge tale organo mentre la maggiore si applica alla superficie esterna dell' imbuto successivo entrando l'uno nell'altro per circa la metà della loro lunghezza con tale disposizione da risultarne una specie di canale chiuso, che imprigionò la guaina midollare e difende il cilinder axis.

Benchè uniti in catena, gli imbuti sono isolabili nella loro interezza e ad ingrandimento di 400 diametri appajono striati nella loro lunghezza e le strie rappresentano le linee di connessione de' margini di una tenue fibrilla nastriforme, che avvolgendosi a spira, costituisce l'intiero imbuto.

Le forme ad imbuto si trovano anche nelle fibre nervose periferiche, che non sono così numerose e disposte per serie continua come nelle spinali, ed hanno struttura meno stipata.

L'esistenza di una non interrotta catena di imbuti in certo modo formanti un canale chiuso attorno al cilinder-axis fa comprendere come per contenere la mielina nelle fibre nervose centrali non è necessaria la guaina di Schwann.

Nelle fibre nervose del midollo spinale lo scheletro formato dagli imbuti spirali è all'esterno rinforzato da tenuissime fibrille, che strettamente applicate all'esterna superficie delle fibre nervose rappresentano la guaina di Schwann. — L'Autore nega il reticolo periassile di Tizzoni che suppone sia un'incompleta manifestazione degli anelli delle spire degli spostamenti, della rottura degli anelli stessi.

La divisione della guaina midollare in segmenti è prodotta e mantenuta dalla particolare disposizione dei fili che sono contenuti entro la stessa guaina.

A questi imbuti devesi l'impedito spostamento della mielina nel senso longitudinale per le fibre periferiche e nel senso longitudine e trasversale per le fibre centrali.

RICHET. — **Pesci elettrici.** (*Revue scientifique*, del 1881).

Redi poscia il suo allievo Lorenzini studiarono per i primi gli organi elettrici della torpedine. — Borelli paragonò le scariche della torpedine all'urto, che produce la contusione del gomito contro una tavola.

Walsh primo dimostrò l'identità fra la scossa data dalla torpedine e quella dell'elettricità.

Le ricerche di Savi dal punto di vista anatomico aprirono la strada a numerose investigazioni.

Gli organi elettrici sono voluminosi, formano due masse, che occupano lo spessore del corpo dell'animale estendendosi dalla parte frontale della testa alla parte addominale. — La sostanza dell'organo è molle, quasi difluente sembra massa gelatinosa compresa tra mezzi prismatici alveolari serrati gli uni contro gli altri, in ogni organo si troverebbero da 500 a 1200 prismi. — I nervi che vanno a questi organi sono enormi, partono da un rigonfiamento encefalico assai grosso detto lobo elettrico, posto sotto ai tre lobi cerebrali, i nervi si dividono, si ramificano e terminano per ringonfiamenti, per anastomosi ed arborescenze, penetrano nell'organo per un diaframma costituito principalmente di tessuto connettivo. — Le arterie e le vene dell'organo elettrico sono relativamente poco numerose. La reazione dell'organo elettrico fresco fu trovata da alcuni acida, da altri neutra, da altri alcalina.

SACHS. — **Sui gimnoti di Venezuola.** (*Comptes rendus*, 1881).

Sopra preparati del dottor Sachs il dottor Fritsch riesci a stabilire che lo sviluppo degli organi elettrici dei gimnoti risulta dalla metamorfosi dei muscoli striati.

WEYL. — **Analisi chimica dell'organo elettrico della torpedine. (T. marmoruta e T. ocellata).** (*Accademia delle scienze di Berlino*, 1881).

Quest'organo ha un peso che è la quinta e la sesta parte del peso

totale del corpo ha reazione alcalina e contiene 89 per 100 di acqua. — Le ceneri contengono su 100 parti

| | | | |
|---|---|---|---|
| Ca . . | 2,8 | 2 $PO^4$ . . | 18,7 |
| Mg . . | 5,24 | $SO^4$ . . | 2,8 |
| Na . . | 36 | K . . | traccie |
| Cl . . | 33,9 | $AzH^3$ . . | traccie |

Vi hanno inoltre delle sostanze albuminoidi analoghe alla miosina, alla mucina ed all'albumina, della nucleina, xantina, ipoxantina, creatina, urea, lecitina, grassi, colesterina ed inosite. — V'ha molta mucina, il che stabilisce la differenza della composizione chimica del muscolo e dell'organo elettrico. — Questo tessuto abbandonato a sè diviene acido, perde la sua trasparenza, come se vi fosse coagulo di sostanze. — Riscaldato a 50° assume rigidità come la muscolare. — Quando l'organo elettrico diede un buon numero di scariche, perde la reazione alcalina come quando l'animale è avvelenato colla stricnina. — Forse si produce in questi casi una maggior quantità di acido carbonico; l'organo fresco che non ha lavorato cede all'alcool meno di sostanze estrattive che quando l'organo subì molti eccitamenti. — L'organo non eccitato contiene più cenere che l'organo eccitato forse per la formazione di acidi grassi, che si combinano coi gas per formare dei sali solubili, che sono trasportati nel circolo.

Manouvrier. — **Peso del cervello.** (*Comptes rendus*, 1881).

Dalle osservazioni fatte dall'Autore si deduce che l'accrescimento della massa del corpo è causa di accrescimento del peso cerebrale assoluto e di diminuzione del peso cerebrale relativo.

L'interpretazione del peso dell'encefalo secondo l'Autore, permette di mettere in rapporto la forma del cervello al suo peso e volume e mostra che le questioni di quantità dominano le questioni di forma.

C. Giacomini. — **Varietà delle circonvoluzioni cerebrali dell'uomo.** Torino 1882.

Da un lungo ed accurato studio sulle varietà delle circonvoluzioni cerebrali nell'uomo, l'Autore deduce che non si può, senza far violenza ai fatti, giungere per mezzo dell'esame della superficie cerebrale ad un diagnostico, nemmeno approssimativo del modo, con cui si eseguiscono le funzioni psichiche. — Quando una parte si atrofizza, tende a fondersi con le circonvicine perdendo la propria individualità, se invece assume uno sviluppo maggiore, s'individualizza da sè.

I cervelli dei delinquenti non costituiscono presso di noi un tipo speciale di conformazione.

L'asimmetria è propria dei due emisferi del cervello nelle condizioni normali, nelle varietà più salienti si trova invece non raramente ripetuta la stessa disposizione nei due lati, ed allorquando si nota in

un solo emisfero se ben si esamina l'opposto vi si riscontra qualche cosa che accenna al primo iniziarsi della medesima.

MARCACCI. — **Centri motori corticali.** (*Società di Biologia di Parigi*, 1882).

L'Autore si propose di ricercare quale parte spetti all'encefalo, al midollo spinale ed ai nervi periferici nella produzione dei movimenti che si osservano quando si eccitano i centri motori corticali. — L'Autore cercava di sopprimere con mezzi differenti, l'azione del cervello lasciando intatto il midollo e vide che la soppressione dell'azione propria del cervello non modifica per nulla le reazioni, che si ottengono per l'eccitamento applicato alla corteccia.

Egli soleva congelare la corteccia per mezzo del cloruro di metile. — La zona corticale detta motrice quando pure era trasformata in una massa indurita non aveva più alcuna proprietà del tessuto nervoso, ciònullameno il minimo eccitamento che si produceva su di esso dava luogo ai movimenti degli arti.

Cogli anestetici eccitando la corteccia cerebrale durante la fase di sospensione delle funzioni del cervello, le reazioni motrici si producevano del pari bene che prima. — Raffreddando l'animale intiero ed eccitando il cervello dopo la soppressione delle funzioni cerebrali, i movimenti si producono pure, quando l'azione del raffreddamento sul midollo e sul bulbo si fa sentire, i movimenti non possono essere più provocati.

C. RICHET. — **Irritabilità e reazione cerebrale.** (*Revue philosophique*, 1881).

La reazione dei centri nervosi è più lenta di quella degli altri apparati organici. — Coll'eccitamento ganglio-muscolare il ritardo è di circa 0,03. Coll'eccitamento diretto il ritardo è 0,04, coll'indiretto (colla trasformazione d'una sensazione in moto) il ritardo è 0,15.

La vibrazione dei centri nervosi in seguito ad eccitamento è tanto più prolungato quanto è maggiore l'eccitamento — in alcuni casi la vibrazione dura molti minuti — si può chiamare memoria elementare la proprietà fondamentale delle cellule nervose.

Per la vibrazione prolungata, la fatica dei centri nervosi avviene molto presto.

I moti in apparenza spontanei hanno carattere di fatalità, che può essere mascherato dal complesso delle condizioni fisiologiche.

Il cervello ed il midollo seguono le stesse leggi — quindi la volontà altro non è che una varietà di azioni riflesse — azione riflessa complicata non diretta da organizzazione anatomica immutabile — ma per l'insieme degli eccitamenti anteriori, che lasciarono loro traccia nell'intelligenza.

GLEY. — **Condizioni fisiologiche del pensiero.** (*Archives de physiologie*, 1881).

Secondo le osservazioni dell'Autore durante il lavoro intellettivo si ha un aumento nel numero dei battiti del cuore, che sembra essere in ragione diretta della intensità dell'attenzione.

Dilatazione dell'arteria carotide e dicrotismo del polso carotideo — fenomeni inversi nell'arteria radiale.

Questi caratteri sono più pronunziati quando è maggiore l'attenzione e persistono dopo che l'attività cerebrale ha cessata. — Tali modificazioni non dipendono da cangiamenti dell'attività del cuore e del respiro ma dipendono solo da influenza vaso-motrice.

Secondo Mosso l'attività del cervello produce contrazione dei vasi dell'avambraccio che modifica la loro elasticità. — Per Frank l'aumento del volume del cervello dipende da modificazioni corrispondenti della respirazione e Thanhoffer asserisce le modificazioni del polso essere in rapporto all'attività del cuore.

L'Autore invece crede il fenomeno più importante nell'attività del cervello dipendere dalla dilatazione della carotide che si ripete per la paralisi vaso-motrice.

Le funzioni psichiche sone in rapporto stretto colla circolazione del sangue.

COUTY. — **Sulle lesioni della corteccia del cervello.** (*Archives de physiologie*, 1881).

Dopo d'avere passato in analisi alcuni dei fatti, che riguardano la teoria delle localizzazioni delle funzioni del cervello — asserisce che la nuova dottrina che si era cercato di introdurre nella scienza non tenne conto dell'esperienze fatte dall'antica scuola delle vivisezioni — e all'ineccitabilità della sostanza grigia, al supplirsi facile delle funzioni, alle relazioni fra il cervello e la periferia del corpo non si dava alcun valore. — L'Autore conclude che la teoria delle localizzazioni delle funzioni del cervello è finora edificata sopra fatti insufficienti.

BROWN-SÉQUARD. — **Dottrina dei centri psicomotori.** (*Comptes rendus*, 1882).

Dalla zona cerebrale, dove si localizzano i centri psico-motori, portono delle fibre che discendono fino alla base dell'encefalo, ove formano la parte anteriore dei peduncoli cerebrali, del ponte di Varolio e del bulbo. Di queste fibre, quelle che vengono da un punto s'incrociano con quelle che vengono dalla regione opposta nel ponte di Varolio e nel bulbo. Discendono in seguito nel midollo spinale e la metà sinistra contiene così i conduttori che vengono dei cervello destro e la metà dritta quelli del cervello sinistro. — Le molte ricerche che l'Autore ha fatto da quattro anni relativamente agli effetti delle irritazioni delle diverse parti dell'encefalo sopra le cavie, i conigli, i cani, i gatti e le scimie

(specialmente i macachi) hanno dato dei risultati assolutamente contrarj alla dottrina dei centri psico-motori.

Brown-Séquard. — **Ricerche sperimentali sull'azione frenica e sulla dinamogenica.** (*Gazette Hebdomadaire*, 1882).

*Conclusione*: 1.° La facoltà o potenza inibitoria appartiene ad un gran numero di parti del sistema nervoso, e può esser messa in attività in un modo diretto o per azione riflessa.

2.° Tutte le attività, tutte le proprietà normali o morbose del sistema nervoso centrale o periferico, e conseguentemente tutte le funzioni di questo sistema possono essere inibite.

3.° L'irritabilità dei tessuti contrattili può anche essere inibita.

4.° Quel che si dice dell'inibizione, vale anche per la dinamogenia.

5.° La dinamogenia dovuta a delle irritazioni della pelle o di qualche parte dei centri nervosi, può, negli animali fare raggiungere a certe proprietà un grado, che è da 6 a 10 volte maggiore di quello dello stato normale. Nell'uomo, la sensibilità tattile può essere aumentata a tale grado che le punte dell'estesiometro possono essere sentite ad una distanza nel dorso, che è cento volte minore dell'ordinaria.

6.° La forza respiratoria, nel cane, può essere dinamogenata in modo da produrre 10 volte più dei movimenti respiratorj che nello stato normale.

7.° L'inibizione e la dinomogenia sono, in generale, prodotte simultaneamente per una stessa irritazione, e non sembra che l'eccesso di forza in un punto dinamogenato sia dovuto ad un trasporto di forza, che scompare là dove l'inibizione si produce.

8.° I cangiamenti dinamici (in più o in meno) che hanno luogo durante la vita, nei muscoli, continuano dopo la morte, si vede la rigidità cadaverica comparire di buon ora, durare poco ed essere rimpiazzata prontamente dalla putrefazione, nei muscoli, la cui irritabilità è stata inibita. — L'opposto ha luogo pei muscoli, che sono stati dinamogenati.

9.° I pretesi centri motori nell'encefalo possono essere inibiti o dinamogenati come le altre parti del sistema nervoso.

10.° L'aumento di forza del midollo spinale come centro motore e dell'altre parti del sistema nervoso, che servono al senso muscolare, può raggiungere un grado veramente prodigioso.

11.° I fenomeni d'aumento o di diminuzione di forza, di proprietà e d'attività che si riscontrano nell'ipnotismo sono fenomeni d'inibizione e di dinamogenia.

12.° I fenomeni *di transfert* d'anestesia e d'iperestesia sono pure dei fenomeni d'inibizione e di dinamogenia.

Bubnoff e Heidenhain. — **Fenomeni d'inibizione e dinamogeni del sistema nervoso.** (*Pfluger's Archiv*, 1881).

Le loro sperienze furono fatte sopra cani morfinizzati. — Studiando i movimenti muscolari prodotti per l'eccitamento delle circonvoluzioni cerebrali videro che il tempo che passa dal momento, in cui si eccita il cervello fino a quello della contrazione del muscolo è vario e dipende dall'intensità dell'eccitamento — il quale quanto più è forte, più rapida è la risposta. — Diminuendo il tempo, cresce l'altezza delle scosse.

La reazione è più forte e rapida quando si tolse un piccolo strato della corteccia cerebrale e questo dipende secondo Heidenhain dall'aumento dell'eccitabilità diretta della sostanza bianca sottoposta. — La spiegazione è molto ingegnosa: egli attribuisce infatti un'influenza estrema sull'eccitabilità cerebrale all'azione periferica, che, quand'è forte, può rallentare la risposta dei muscoli. — Così una eccitazione periferica può produrre dei fenomeni inibitori che diminuiscono e rallentano l'azione dei muscoli alle eccitazioni corticali. — Sembra che le eccitazioni periferiche esercitino ancora in certi casi, un'azione dinamogenica. — Anche le eccitazioni tattili possono ora diminuire ora aumentare l'eccitabilità del cervello.

Vi hanno dunque nel cervello delle vibrazioni d'eccitazione e delle vibrazioni d'inibizione. — Queste determinano spesso la loro direzione e la loro intensità relativa, l'intensità e la rapidità della reazione motrice definitiva. — È probabile che le manifestazioni dell'ipnotismo sieno dovute a fenomeni analoghi. Forse del pari v'hanno fenomeni più complessi ancora come l'impotenza alla volontà di produrre dei fenomeni d'arresto normale sui movimenti automatici.

Wiet. — **Allungamento dei nervi.** (*Tesi medica*, Parigi 1881).

Nel 1864 Valentin dimostrò sopra animali decapitati che un nervo allungato può riprendere le sue funzioni dopo un certo tempo. Wiet dalle sue sperienze riconobbe che nella cavia scompare la sensibilità mentre è intatta la motilità.

Nei nervi allungati si trovano lesioni istologiche grandi nell'estremo centrale e periferico. — Dopo 3, 4 settimane dell'allungamento del nervo si vedono cadere per effetto di cangrena le falangi innervate dallo sciatico. — Queste lesioni trofiche ulcerative si accompagnano con flogosi e con un sintomo della sensibilità.

Wiet riferisce l'esperienza di Quiquand che consiste nel fare ritornare la sensibilità di un nervo sciatico allungato, stiracchiando il nervo del lato opposto. — Wiet dice che forse lo stiramento potrebbe modificare l'epilessia acquisita col metodo di Brown-Séquard nei porcellini d'India.

Allungando il nervo pneumogastrico si provoca epatizzazione e suppurazione del polmone come dopo la sezione del pneumogastrico. — L'iperemia del bulbo è spesso la conseguenza dell'allungamento del nervo vago. — Per l'allungamento del nervo vago si rallenta il respiro, si accelera il moto del cuore.

DANILLO. — **Funzioni motrici della corteccia cerebrale.** (*Società di biologia di Parigi*, 1882).

Si servì della corrente galvanica d'intensità variabile graduata a milli-Weber e di elettrodi impolarizzabili.

Combinò gli eccitamenti del cervello coll'amministrazione per la via delle vene delle dosi varie di alool, di assenzio, e riconobbe che l'epilessia provocata per gli eccitamenti della corteccia persiste fino ad un periodo avvanzato dell'avvelenamento coll'alcool, più tardi quando le dosi di alcool erano considerevoli, diviene impossibile di provocare gli accessi epilettici. — Del pari osservò che un accesso epilettico è facilmente arrestato per l'injezione di alcool nelle vene.

LUCIANI. — **Fenomeni osservati dopo la lesione di regioni psico-motorie e psico-sensorie in cani.** (Comunicazione fatta al Congresso freniatrico del 1881).

Sopra 50 cani operati in vario modo nella regione psico-motoria e psico-sensoria, alcuni appena dopo guariti dalla piaga e completata la cicatrice del cranio, altri dopo qualche mese, ed anche dopo un anno e mezzo hanno cominciato a soffrire di accessi epilettici bene caratterizzati — bava alla bocca, convulsioni cloniche prima circoscritte, poscia generali.

Il modo di diffondersi delle convulsioni è diverso secondo la posizione ed estensione della zona estirpata che è sostituita da un tessuto fibroso cicatriziale, che è il momento causale dell'eccitamento epilettogeno.

Dalla conclusione dell'Autore si deduce che i cani mutilati di un segmento qualunque del cervello vanno presto o tardi soggetti ad accessi epilettici progressivamente crescenti in intensità e frequenza, fino alla morte.

Si constatò pure un caso ereditario di predisposizione all'epilessia in cani, nati da genitori, mutilati alla corteccia cerebrale.

Forse anche nell'uomo dietro lesione o perdita di sostanza cerebrale per accidenti traumatici o per focolaj apoplettici presto o tardi segue l'epilessia — e generando, possono trasmettere se non l'epilessia vera e propria ma una predisposizione all'epilessia.

BROWN-SÉQUARD. — **Trasmissione degli eccitamenti motori diretti ed incrociati nei centri nervosi** (*Società di Biologia*, 1882).

L'eccitamento d'un lato della piramide anteriore produce movimenti sul lato corrispondente del corpo. — Dopo l'emisezione trasversale della base dell'encefalo l'eccitamento delle due superficie della ferita può produrre movimenti dello stesso lato. Lo stesso avviene sezionando il midollo spinale da un lato sotto l'incrocicchio delle piramidi.

Siccome l'emisezione del midollo sotto al bulbo non impedisce i movimenti nelle parti innervate dalla regione, che la sezione ha separato

dall'encefalo, si deve ammettere che esistano vie di trasmissione indipendenti da quelle che sono finora ammesse.

La sezione trasversale d'una metà della protuberanza produce esagerazione di attività nelle regioni psico-motrici corrispondenti.

Ma la stessa lesione, che produce la dinamogenia corticale del lato corrispondente, produce un freno d' intensità nella parte corticale del lato opposto.

Si può ritornare a questa parte della corteccia il suo potere ed aumentarlo pure praticando nuova sezione dal lato opposto della prima.

Berti e Marcacci. — **Sulla distribuzione delle radici motrici nei muscoli degli arti.** (*Sperimentale*, 1881).

Le esperienze degli Autori si limitarono al plesso lombare del cane e del gatto — ed il loro scopo era di cercare se la distribuzione dei filetti nervosi nelle radici motrici presentasse una sistemazione regolare — si doveva quindi eccitare isolatamente ogni radice e cercare quali erano i gruppi muscolari che entravano in contrazione.

L'animale cui si faceva respirazione artificiale, era immobilizzato colla sezione del bulbo. — Scoperta la midolla lombare, le radici sono sezionate vicino alla midolla e l'estremità periferica era eccitata senza derivazione di corrente. — I muscoli allo scoperto erano isolati.

La prima radice del plesso lombare determina la contrazione dei muscoli.

Sartorio<br>Retto anteriore<br>Psoas } sono riuniti nel cane e nel gatto — e sono flessori della coscia sul bacino.

La 2.ª radice del plesso lombare provoca contrazioni nella parte anteriore del vasto esterno, in una porzione della fascialata e del vasto interno e servono ai movimenti di estensione della coscia.

Per la radice 3.ª eccitata si contrae una parte del vasto esterno, la parte anteriore del muscolo sensorio dei flessori corrispondente al bicipite dell'uomo — la parte posteriore resta immobile.

La 4.ª radice provoca movimenti.

Nella parte posteriore del renforci, del semi tendinoso } flessori della gamba.

Semi membranoso curvatus } corrispondenti ai terzi adduttori nell'uomo, nel gatto e nel cane.

Arcuatus<br>prismaticus } estensori della coscia.

La 5.ª radice presiede ai movimenti della coda (radice della gioja).

Bert e Laffort. — **Influenza del sistema nervoso sui vasi linfatici.** (*Comptes Rendus*, 1882).

Fino dal 1622 Aselli conosceva l'irritabilità dei chiliferi o linfatici del-

l'intestino per l'azione dell'aria. Hensen lo verificò negli uccelli, Shelden nel cane, Tiedemann e Gmelin videro che la legatura nei linfatici provoca rigonfiamento e dilatazione. Bowmann e Todd osservarono che il canale toracico si contraeva lentamente sotto l' azione di un eccitante meccanico; lo stesso fenomeno osservò Bulard per l' eccitamento elettrico.

Ecco le esperienze degli autori: Aprendo nell'acqua tiepida l'addome di animali in digestione, eccitando coll'elettricità i nervi del mesentere, i chiliferi che erano restati gonfi si ristringono poco a poco fino a scomparire.

Con debole corrente invece i chiliferi si dilatano, divengono turgidi.

Dopo la sezione del pneumogastrico, eccitandone le estremità periferiche si hanno moti peristaltici all' intestino, dilatazione rapida e fugace dei vasi, strettura costante.

In rana curarizzata si arrestano i cuori linfatici; avviene lo stesso per i vasi linfatici? Mentre l'eccitamento dei nervi dei mesentere produce nell'animale intatto uno stringimento dei vasi linfatici, nell' animale curarizzato produsse dilatazione vasale sia che l'eccitamento fosse portato sul nervo splancnico, sia sul nervo mesenterico.

I fenomeni di stringimento o dilatazione dei vasi linfatici sono indipendenti dallo stato di pienezza o di vacuità dei vasi sanguigni. Difatti la sezione de' nervi mesenterici provocando la turgescenza dei vasi sanguigni non impedisce il corso normale del chilo e non produce modificazione sul calibro dei chiliferi. La legatura delle arterie non si oppone allo stringimento od alla dilatazione dei vasi linfatici satelliti nell' animale non curarizzato.

Esperimentando sopra asini, cavalli si vide per l' eccitamento elettrico dell' estremità periferica del trigemino (nervo sotto-orbitario) i vasi linfatici del labbro superiore divenire varicosi e formare sporgenza incolora sotto la mucosa del labbro superiore.

Un urto leggiero portato sui linfatici chiliferi del cane e sul canale toracico, produce stringimento lento, al quale segue un' intumescenza voluminosa ed ovoidea che durò per 3 minuti.

BONATOUX e LABORDE. — **Lesioni nell' orecchio medio ed interno per la sezione dei nervi grande simpatico e trigemino.** (*Revue scientifique* 1881).

La sezione del gran simpatico cervicale produce dopo qualche tempo iperemia all' orecchio esterno e medio e talvolta anche suppurazione dell' orecchio esterno e medio e talvolta anche suppurazione dell'orecchio medio. La sezione del trigemino produce eguali effetti ma più rapidamente. La puntura del centro vaso-motore, che si trova fra il nucleo della radice discendente del trigemino ed il prima pajo dorsale lungo il corpo restiforme produce effetti più notevoli ancora che le sezioni del nervo; si ha allora emorragia al laberinto e alla chiocciola

come se tutte le fibre vaso-motrici che vanno all'orecchio pel simpatico ed il trigemino avessero loro origine a questo punto del bulbo.

DASTRE e MORAT. — **Influenza del nervo depressore di Ludwig-Cyon nella circolazione bucco labiale.** (*Gazette des Hopitaux*, 1882).

Si opera sul coniglio curarizzato. Si prepara il depressore e lo si seziona. Non si hanno modificazioni notevoli nella circolazione bucco-labbiale. Si eccita allora l'estremo cefalico. Non si vede dilatazione vascolare, si ha invece pallore e strettura vasale evidente.

Si ha dunque azione vaso-costrittiva. Non si può supporre che, per quella speciale regione, un eccitamento dei filamenti endocardiaci di tale nervo prodotto da aumento di pressione sul dominio della carotide, provochi per azione riflessa una dilatazione vasale compensatrice nello stesso dominio vascolare.

Questo dimostra che la depressione non dipende da dilatazione vascolare generale poichè nel tempo stesso che i vasi viscerali sono dilatati, quelli della regione bucco facciale sono contratte. Questo è il secondo esempio dell'antagonismo che gli autori hanno già riferito fra la circolazione dell'intestino e quella della pelle: i vasi si dilatano d'un lato mentre si contraggono dall'altro.

SPAMER. — **Canali semi-circolari dell'orecchio.** (*Archiv für die gesammt Physiologi*, T.° 25).

L'eccitamento dei canali provoca lesioni sull'equilibrio permanente, la distruzione produce solo lesioni passeggere. I disordini motori che avvengono dopo la distruzione di un canale sarebbero, secondo l'Autore, dovuti allo scolo del liquido cerebro-spinale. L'alterazione funzionale sembra essere in rapporto dell'estensione della lesione portata sui canale semi-circolare.

J. DEJERINE. — **Sopra le alterazioni dei nervi cutanei nelle escare, che sopravvengono durante il decorso di affezioni del midollo spinale e del cervello** (*Archives de Physiologie* 1882).

Dall'esame di due casi, l'uno d'emiplegia, e l'altro di sclerosi osservati in due donne, che manifestavano delle escare, l'Autore crede, di potere venire alla conclusione che esistono delle alterazioni dei nervi cutanei nel punto di certe escare, che sopravvengono nel decorso di affezioni del cervello o del midollo spinale, che la lesione nervosa è primitiva e d'ordine assolutamente periferica.

TELLNER. — **Innervazione dell'intestino retto.** (*Centralblatt für die medicinischen Wissenschaften*, 1882).

Quando la corrente continua molto forte percorre il nervo erigente, la sua chiusura produce una contrazione delle fibre muscolari dell'in-

testino retto. All' apertura della corrente è raro di avere contrazioni. Le contrazioni ottenute in questo modo sono molto deboli ma di lunga durata.

Quando il nervo è da lungo tempo percorso da corrente costante nei muscoli longitudinali del retto si ha talvolta esempio di contrazione e talora di rilasciamento.

Fra l'eccitamento del nervo ed il principio di contrazione del muscolo il tempo latente alle volte è di un secondo. Per grandezza e totalità la curva della contrazione è più rapida quanto maggiore è la frequenza dell'eccitamento.

Il tempo latente varia non solo col numero e colla forza dell'eccitamento ma anche con diversi stati di eccitamento dei nervi e dei muscoli.

Nell'intervallo di eccitamento di 0,15 secondi abbiamo quale massima una latenza di sei secondi ed intervalli di occitamento di 0,5 secondi si ha uno di 10 secondi.

Alcune scosse d'induzione producono, se molto forti, delle contrazioni. In modo certo agiscono le correnti d'induzione se non si susseguono a lunghi intervalli.

SCHMIDT-RIMPLER. — **Reazione specifica del nervo ottico per eccitamenti meccanici.** (*Centralblatt für die medicinischen Wissenschaften*, 1882).

Sopra di questo argomento tacciono quasi tutti i trattati di fisiologia. L' Autore si servì per queste sue ricerche di ammalati, ai quali si aveva enucleato il globo oculare da poco tempo, usando uno strumento bottonato come un elettrode a forma di pera, che penetrava nell'orbita e premeva contro la regione del moncone del nervo ottico. L' esperimento veniva eseguito in camera completamente oscura. Sopra sei persone esaminate, due diedero risposte esatte, che per la pressione d'un sito circoscritto che corrisponde al punto del nervo ottico presentavano lampi luminosi. Quelli che per la pressione e le punture non percepivano alcun segno luminoso, lo avvertivano quando si usava l'eccitamento elettrico. L' elettricità era usata in modo che un elettrodo era posto alla regione dell'orbita, l'altro alla nuca e proveniva da otto elementi Bunsen. In alcuni casi si ottenne lo stesso effetto con una corrente indotta ponendo i due elettrodi nell'orbita.

GELLÉ. — **Influenza delle pressioni timpaniche sulla percezione del suono.** (*Gazette Hebdomadaire*, 1882).

L' Autore applica un *diapason* sul frontale per rendersi conto delle variazioni delle sensazioni acustiche prodotte. Il più spesso a misura che si aumenta la pressione timpanica si provoca l' infossamento graduato della staffa nella finestra ovale, e l'intensità del suono diminuisce. Per mezzo di un tubo legato all'orecchio dell'esaminato, attaccato pure

al suo orecchio, tubo che serviva ad esercitare la compressione, e che chiudeva l'orificio per mezzo di un disco, arrivò a vedere che la persona esaminata non accusava più alcuna sensazione di suono, mentre l'osservatore continuava a percepire le vibrazioni. Questo disaccordo sembra esser dovuto alla fissità della staffa.

PRÉVOST. — **Esperienze relative all'allungamento dei nervi.** (*Revue médicale de la Suisse Romande*, 1881).

L'epilessia del porcellino d'India per la sezione di uno dei nervi sciatici o per la sezione e l'emisezione del midollo, può guarire spontaneamente; ed anche sussistere mesi ed anni.

Nell'epilessia vide che alcuni guarivano allungando il nervo sciatico, il plesso cervicale, il nervo sotto-orbitale dal lato della zona epileptogena. Altri non ne guarirono.

Non potè osservare come Brown-Séquard e Quinquaud la modificazione della sensibilità di un nervo per l'allungamento di altro nervo.

MAGGIORANI. — **Studi sugli effetti fisiologici delle vibrazioni sonore.** (*Accademia di medicina di Roma*, 1881).

L'esperienza insegna come gli effetti suscitati sull'organismo dalla magnete e dai metalli somiglino grandemente a quelli che sogliono provocarvi le onde sonore. E poichè la natura vibratoria delle onde è pienamente dimostrata e lo è quasi per tutti anche quella della magnete, così abbiamo un grave argomento di analogia per riferire alle vibrazioni molecolari i fenomeni metalloscopici.

Le suscettibilità ai toni diversi non è la medesima in ogni individuo. L'esperienza dimostra che i più ricevono maggiore impressione dai toni acuti e che piccolo è il numero di coloro, che sentono maggiormente i gravi.

Le vibrazioni sonore esercitano influenza modificatoria sul sistema nervoso da potersene giovare nell'esercizio dell'arte.

HARTING. — **Ipnosi di alcuni animali.** (*Comptes rendus*, 1882).

L'Autore rese ipnotici dei gallinacei, porcellini d'India e ranocchi; quando l'ipnotizzazione era spesso ripetuta, il sistema nervoso veniva leso; ora si aveva claudicazione, ora emiplegia, spesso la morte.

WALTER. — **Ricerche sul passaggio di sostanze straniere pel circolo placentario al feto.** (*Deut. Zeitschrift. etc.* Vol. VII).

L'Autore vide, esperimentando con la stricnina, che l'attività vitale del feto non viene disturbata, benchè a questo non sia stato legato il cordone ombelicale. Ed infatti della stricnina introdotta nella circolazione materna, non poteronsi rinvenire traccie nel sangue del feto. Non trovò neppure nè la morfina, nè il curaro, nè la veratrina, nè la segala cornuta. Ciò si spiegherebbe ammettendo che solo alcuni degli

organismi elementari si mettono in relazione più o meno stretta coi mezzi terapeutici e sostanze chimiche, con cui vengono a contatto, mentre altri mezzi ed altre sostanze non esercitano alcuna influenza su tali elementi.

BRISSAUD — **Studio sulla spermatogenesi nel coniglio.** (*Archives de physiologie*, 1880).

Secondo l'Autore la testa dello spermatozoo si forma a spesa del nucleo delle cellule figlie; questo nucleo si divide in due parti, di cui l'una costituisce la regione anteriore della testa; l'altra è destinata a formare la regione posteriore della testa ed il corpo dello spermatozoo. Il prolungamento vibratile nasce nel protoplasma della cellula figlia ed apparisce con chiarezza dacchè questo protoplasma si diffonde. Quindi è probabile sia giusta l'opinione di Kölliker che tale filamento stia per qualche tempo arrotolato sulla faccia interna della parete della cellula figlia. Il prolungamento che Kölliker considera quale ciglia vibratile dello spermatozoo non è altro che il corpo o segmento medio dello spermatozoo, che in parte emerge dall'orifizio.

E. VAN BENEDEN. — **Origine dei prodotti sessuali negli idroidi.** (*Journal de Robin*, 1882).

Fondandosi sull'ipotesi ammessa della omologia dei due fogli dell'embrione in tutti i metazoari e riconoscendo che in alcuni idroidi ciascuno dei due strati cellulari del corpo genera uno degli uovi l'altro degli spermatozoidi, l'Autore espresse l'opinione che la sessualità ha la sua causa nella costituzione stessa dell'organismo, nel quale la funzione animale d'una parte, la vegetativa dall'altra sono devolute a foglietti cellulari distinti od ai loro derivati. La fecondazione diveniva per tal modo una forma particolare della moltiplicazione per divisione.

Questo modo di formazione dei prodotti sessuali fu verificato negli idroactini, nelie campanularie e negli idioidi. Si vide nei molluschi pteropodi il testicolo svilupparsi a spesa dell'ectoderma, le uova nascere dall'endoderma.

E. VAN BENEDEN. — **Notizie embriologiche. Cause dell'evoluzione.** (*Journal Robin*, 1882).

Nella coniglia la rottura dei follicoli di Graaf si ha costantemente da 8 a 11 ore dopo il coito; può avere luogo al principio, nel mezzo od al fine del periodo, in cui i fenomeni di congestione degli organi sessuali sono scomparsi. Se la possibilità dell' ovulazione detta spontanea non può esser posta in dubbio, è certo che il coito è una delle cause determinanti dell'ovulazione. L'introduzione degli spermatozoidi non è punto necessaria perchè il coito produca l' ovulazione. La rottura dei follicoli ha luogo sia che si faccia la legatura degli ovidotti sia che si impedisca per legatura l'entrata degli spermatozoi nell'utero. È l' ecci-

tamento degli organi genitali esterni e della vagina durante l'orgasmo venereo che produce per via riflessa la rottura dei follicoli. La rottura delle arterie ovariche non impedisce la discesa.

*Costituzione dell'uovo maturo.* Van Beneden si fondò sul fatto che tosto dopo il parto, la coniglia è atta di nuovo al concepimento. Per determinare l'età degli ovuli ovarici devesi riconoscere che la corona raggiata non è dato caratteristico della maturità degli ovuli come voleva Bischoff. Il solo carattere, per cui si può asserire che l'ovulo è maturo è la scomparsa della vescicola germinativa, che è cagione della produzione di globuli polari e del pronucleus femmina. Nei mammiferi tali fenomeni si compiono prima della caduta degli ovuli ed indipendenti della fecondazione: v'ha una placca circolare di protoplasma omogeneo fra la vescicola germinativa e la zona pellucida ed una lenticchia cicatrizziale nell'uovo di coniglio; l'uovo dei mammiferi presenta una polarità simile a quella dell'uova degli altri vertebrati. La zona pellucida non è generata dalla cellula dello strato granelloso ma è prodotta da trasformazione del protoplasma dell'uovo.

*Fecondazione.* Nelle coniglie e nei pipistrelli un grande numero di spermatozoidi penetra nell'uovo, traversandone la zona pellucida. Si videro in moto attivo nello spazio perivitellino mai nel vitello. Secondo l'Autore il nucleo della prima cellula embrionaria risulta della conjugazione di due elementi nucleari *differenti* che chiama i due pronuclei dell'uovo fecondato. Col nome di pronucleo stabilisce distinzione fra gli elementi nucleari ed un nucleo della cellula ordinaria. Ammette che questi due elementi nucleari hanno carattere diverso dal punto di vista sessuale. Il pronucleo maschio si forma dopo la fecondazione e forse deriva dalla sostanza costitutiva degli spermatozoi, l'altro è un resto della vescicola germinativa ed è il pronucleo femmina. Hertewig dimostrò l'identità del pronucleo maschio colla testa dello spermatozoo. L'Autore però già nel 1876 aveva conosciuto che i pronuclei hanno parte nella fecondazione e si distinguono da ogni nucleo cellulare in ciò che si congiungono per dar origine al primo nucleo embrionario. L'espulsione dei globuli polari e del liquido perivitellino riguardo alla fecondazione è un ringiovinimento della cellula uovo e gli elementi espulsi sono rimpiazzati dagli elementi nuovi portati dagli spermatozoi. La fecondazione sarebbe quindi una conjugazione dei protofiti ai protozoi. La fecondazione rende all'uovo la facoltà di moltiplicarsi per divisione e dare nascimento a nuova generazione di individualità cellulari.

*Arresto di sviluppo nei chiropteri.* V. Beneden scoperse che nei pipistrelli la copula avviene al fine dell'estate, che durante l'inverno gli organi genitali femminei sono privi di sperma, ma lo sviluppo embrionale comincia nell'aprile, ciò nullameno l'ovulazione può prodursi d'inverno; in tal caso è tosto susseguita dalla fecondazione. I due pronuclei si mostrano nel vitello dell'uovo caduto nell'ovidotto ma l'ovulo non subisce modificazione che alla primavera. Forse il freddo è causa dell'arresto di sviluppo.

Capranica. — **Del sudore:** (*Accademia medica.* Roma, 1882).

Scoprì la presenza della creatinina nel sudore.

Schetelig. — **Escrezione della calce allo stato normale.** (*Archiv für path. anat. und phys.* Tom. 82).

La calce eliminata colle urine proviene dall' alimentazione; la sua quantità dipende delle capacità digestive, osmotiche, assorbenti dello stomaco e dell'intestino.

Il carbonato di calce in piccola proporzione e con molto di acqua è presto assorbito dallo stomaco.

I fosfati calcari della carne sono in piccola parte trasformati in clorurí ed assorbiti direttamente in gran parte passano colle materie proteiche nell'intestino gracile e di là nella linfa, ma l'acido idroclorico è necessario per preparare la soluzione.

Bere dell'acqua, favorisce il passaggio della calce dal tubo digestivo nel sistema circolatorio.

L'ufficio dell'acido fosforico nell'organismo ed il suo apparire nell'urina risulta dalle leggi della digestione e dell'assorbimento intestinale.

L'uso regolare dell'acqua e del sale di cucina è il miglior mezzo per sciorre la calce nell'alimentazione.

Ott Adolfo. — **Influenza del carbonato di soda e del carbonato di calce sul ricambio dell' albumina nel corpo animale.** (*Zeitschrift für Biologie*, 1881).

Sopra questo soggetto sono varie le opinioni; per alcuni l' uso del carbonato di soda ha nessuna influenza sul ricambio della materia; per altri aumenta o diminuisce il prodotto di decomposizione della sostanza azotata. Così Munk trovò sopra 5 persone, dopo dosi da 3 a 9 grammi di carbonato di soda aumento di escrezione di acqua, in rapporto alla perdita del corpo, ma nessuna influenza sul ricambio dell'albumina.

Le ricerche dell' Autore fuono fatte sui cani con carbonato di soda chimicamente puro, privo di cloro mescolato col pasto ed alla dose di 2-3 grammi.

Dalle sue osservazioni trasse la conclusione che il carbonato di soda alla dose di 2 grammi sopra 500 grammi di carne non ha influenza sul ricambio dell'albumina.

Dopo l'uso del carbonato di calce si ebbe la reazione delle urine alcaline. Durante il tempo, che precedeva quello dell' uso del carbonio e il tempo in cui veniva usato, il peso specifico dell'urina era eguale.

L'azoto dell'urina alle volte aumentò, alle volte diminuì.

Colasanti. — **Azione fisiologia dell' acqua ossigenata.** (*Accademia medica di Roma*, 1882).

Esperienze sui cani dimostrarono che l'acqua ossigenata ha un'azione da produrre fenomeni paralitici ed atassici.

M. Vulpian. — **Dell'azione che esercitano le forti dosi di stricnina sulla motricità dei nervi presso i mammiferi.** (*Comptes rendus*, 1882).

Si sa che un' injezione ipodermica di 5 milligrammi di cloridrato di stricnina basta per uccidere un cane di mediocre grandezza.

Ora l' Autore ha potuto injettare a poco a poco in cani cloralizzati più di 15 centigrammi di questo composto di stricnina nella vena safena verso il cuore, senza osservare la minima diminuzione dell'azione dei nervi sciatici sui muscoli. Colla corrente indotta potè constatare la integrità completa della motilità dei nervi sopra i cani così stricnizzati. Se l'injezione intra-venosa del sale di stricnina veniva praticata per cani non coralizzati ma sottoposti alla respirazione artificiale, la morte avveniva per arresto del cuore in mezzo a forti convulsioni.

Il Richet provò che si possono injettare nelle vene del cane delle dosi molto più elevate di cloridrato di stricnina senza uccidere immediatamente l'animale, purchè l' animale fin da principio sia sottoposto a respirazioni attive.

Perchè questa esperienza riesca si deve mettere l'animale ad una respirazione artificiale attivissima. Dopo il primo periodo, periodo convulsivo, durante il quale i movimenti del cuore sono profondamente alterati, l'animale presenta un collapsus completo uguale a quello della curarizzazione. I movimenti del cuore si regolano e non sono più modificati dalle ulteriori injezioni.

L' Autore ripete l'esperienza del Richet, ma injetta la stricnina per una delle arterie crurali, verso l'estremità del membro corrispondente per vedere se essa può fare scomparire l'azione del nervo sciatico sui muscoli, a cui ci distribuisce. Opera l'Autore sulla gamba destra e vide che lo sciatico destro esposto alle correnti indotte più energiche non ha la menoma azione sui muscoli corrispondenti, lo sciatico sinistro conserva la sua motricità assolutamente normale.

L' Autore conchiude dalle sue esperienze, che la stricnica assorbita ad alte dosi può abolire la motricità nei nervi dei mammiferi come la toglie ai nervi delle rane.

Morselli e Buccola. — **Ricerche sperimentali sull' azione fisiologica della cocaina.** (*Rendiconto del R. Istituto Lombardo*, 1881).

L'azione della cocaina si dirige specialmente al sistema nervoso centrale; però negli animali a sangue freddo vengono prima paralizzate le estremità periferiche dei nervi sensitivi, diminuiti e quindi aboliti i riflessi, negli animali a sangue caldo compajono prima i sintomi di eccitamento generale del sistema nervoso specialmente dei centri psicomotori, più tardi sintomi d'indebolimento.

Si osserva inoltre acceleramento del respiro, aumento dell' attività cardiaca, e solo dopo alte dosi, viene notevolmente ritardata, si ha un

accrescimento della pressione arteriosa, che dopo dosi letali, si abbassa: paralisi dei nervi inibitori del cuore, d' onde acceleramento del polso, diminuzione dell'eccitabilità dei nervi, mentre i muscoli striati rimarrebbero intatti, infine innalzamento della temperatura cutanea, specie durante il periodo convulsivo dell'avvelenamento acuto. La pupilla si dilata, i movimenti intestinali si accelerano, diminuisce la secrezione delle mucose. Applicata localmente, la cocaina mostra pura azione midriatica, ottunde la sensibilità gustativa e tattile della lingua provocando cioè angesia ed analgesia, produce infine anestesia tattile e dolorifica della pelle.

LUCIANI e BUFALINI. — **Sul decorso dell'inanizione.** (*Archivio per le scienze mediche.* Vol. XI, N. 20).

Come conseguenza di questo lavoro si deduce che:

1.° Il consumo materiale dell'organismo è quantitativamente e qualitativamente diverso nei successivi stadii o nelle fasi dell'inanizione, vale a dire le diverse sostanze componenti l'organismo sono in diversa misura intaccabili.

2.° Gli albuminoidi fluenti, circolanti e infiltrati nel sistema lacunare dei tessuti, come umori nutritivi de' medesimi rappresentanti la massa degli albuminoidi di provvigione (Voit) immagazzinati nell'organismo e derivati dall'alimentazione, che precedono il digiuno, sono più facilmente combustibili e quindi si consumano prima degli albuminoidi organizzati (Voit), che fanno parte integrante e rappresentano i materiali di fabbrica dei tessuti.

3.° Le sostanze grasse in generale sono meno facilmente ossidabili degli albuminoidi. I grassi di provvigione circolanti coi plasmi derivati dalle alimentazioni immediatamente precedenti al digiuno sono più facilmente consumabili dei grassi degli organi, vale a dire incamerati nell'interno delle cellule adipose o infiltrate nel protoplasma dei diversi elementi morfologici.

4.° Nel periodo più avanzato dell'inanizione sembra essere diminuito se non perduto il potere regolatore della propria temperatura e l'animale a temperatura costante sembra avvicinarsi all'animale a temperatura variabile.

5.° Una parte cospicua del *deficit* o diminuzione giornaliera del peso complessivo dell'animale è rappresentata dall'acqua dei proprii umori o tessuti, che per conseguenza assumono in fine una secchezza o asciutezza particolare, che è una delle note caratteristiche della morte per inanizione.

6.° I reperti necroscopici da noi notati coincidono perfettamente con quelli descritti nei casi di morte per inanizione dell'uomo. Non può dunque cadere alcun dubbio sulla perfetta applicazione alla medicina legale dei risultati ottenuti sul cane.

7.° Sembra che i cloruri non siano, come si ammette generalmente,

semplici mediatori fisici dello scambio materiale, ma entrino in combinazione chimica più o meno stabile colle sostanze integrali dei tessuti e prendano parte attiva al movimento chimico o metabolismo dei medesimi. Infatti durante il decorso dell'inanizione non scema gran fatto la quantità dei cloruri contenuta nelle urine;

8.° Le trasfusioni intra-venose o intra-peritoneali di sangue omogeneo ossigenato durante il digiuno non solo non valgono a coprire o rallentare il deficit, ma eccitando un movimento chimico febbrile accelerano naturalmente la disintegrazione e compenso dell'organismo;

9.° Quest'ultimo fatto non sembra dipenda dalla poliectemia o aumento della quantità di emoglobina, che consegue ad ogni trasfusione sanguigna. Infatti nelle trasfusioni durante il digiuno di sangue omogeneo ossi-carbonato, quindi perfettamente privo di capacità respiratoria, si osservano presso a poco gli stessi effetti della trasfusione di sangue ossigenato.

10.° Ma siccome nelle trasfusioni di sangue eterogeneo ossi-carbonato come avviene in quello di sangue eterogeneo ossigenato, si ha un rapido disfacimento degli elementi morfologici del sangue trasfuso e l'emoglobina disciolta nel plasma passa tosto nell'urina non più combinata col $CO^2$ ma con l'O in forma di ossiemoglobina riducibile, si ha ragione di credere che il sangue saturo di $CO^2$ trasfuso nell'animale si liberi più o meno lentamente del $CO^2$ e riacquisti per conseguenza la sua capacità respiratoria.

G. Bizio. — **Nuove indagini sopra il glicogeno negli animali invertebrati.** (*Atti del R. Istituto veneto*, 1881-82).

L'Autore scoprì il glicogeno negl'invertebrati, trovandone, fra i molluschi, quantità rilevante nell'ostrica.

Per ottenerlo tagliuzzava minutamente i corpi del mollusco, e nell'acqua fredda li scaldava lentamente fino alla bollitura, li manteneva a questo punto per oltre un'ora. Filtrato il liquido e spremuta la massa, faceva bollire questa una seconda ed anche una terza volta. Trattava con alcool i liquidi delle singole bolliture finchè cessasse di originarsi un precipitato. Raccoglieva questo sopra un filtro, lo lavava con alcool lo scioglieva in acido acetico fortissimo, ed abbandonava questa soluzione ad un lungo riposo sino a che avesse sedimento la posatura insolubile, che va sempre a formarsi. Decantava il liquido soprastante e lavava il sedimento con acido acetico, decantando poi o filtrando il nuovo liquido secondo le circostanze. Precipitava coll'alcool la soluzione acetica, ridiscioglieva la materia precipitata in altra quantità dello stesso acido per tornare poi a separarla come prima e ripeteva la soluzione e la precipitazione finchè otteneva la sostanza scevra di corpi inorganici, specialmente della magnesia, che l'accompagna. L'ultimo precipitato conseguito, trattava con acido acetico glaciale per toglierví quella sostanza albuminoide che ancora vi si potesse trovare unita, e lo scio-

glieva nell'acqua per separarlo più facilmente dall'acido del quale era imbevuto. Finalmente pracipitava con nuovo alcool la sostanza amilacea della soluzione acquosa; e lavata prima con alcool, e poi con etere la disseccava alla temperat. di 100°.

PATERNÒ e SPICA. — **Ricerche sulla genesi delle ptomaine.** (*Accademia de' Lincei*, 1881-82).

Dall'esperienza fatta dagli autori, risulta che dal punto di vista chimico le stesse sostanze od almeno sostanze simili a quelle finora indicate coi nomi di alcaloidi o ptomaine, si possono estrarre dai liquidi animali in istato fisiologico e prima che entrino in putrefazione.

COUTY. — **Morte per il caldo.** (*Gazette médicale*, 1881).

In cani esposti al calore solare liberi nei loro movimenti; non si osserva aumento nella temperatura del loro intestino retto nei primi tempi, poscia la temperatura sale di 1-2. gradi; si hanno fenomeni di eccitamento, scosse convulsive, salivazione, midriasi; rallentamento del polso. Poscia la temperatura al retto ascende a 44°-45°, si abbassa la tensione delle arterie, si accelerano i moti del cuore, il respiro si fa debole e frequente, cessano i fenomeni di eccitamento e l'animale è quasi immobile, paralitico; l'eccitabilità riflessa del midollo diminuisce molto; i nervi periferici non hanno azione sui muscoli; quasi che l'elevazione della temperatura del corpo producesse sulle placche terminali motrici l'effetto del curare. L'animale finisce per morire per infiltrazioni emorragiche del derma, delle meningi e dei visceri.

MERTCHINSKI. — **Effetti della temperatura elevata sui movimenti del respiro.** (*Revue scientifique*, 1881).

Goldstein propose un metodo per elevare la temperatura del sangue senza eccitare i nervi della periferia. Metteva allo scoperto la carotide di coniglio e l'attorniava di acqua calda, così si riscalda il sangue, che va al cervello ed al bulbo. L'Autore servendosi di questo metodo scriveva col pneumografo la respirazione spontanea; tosto dopo il riscaldamento si vede il ritmo respiratorio farsi 4 o 5 volte più frequente; poi avvenire la dispnea termica; si assicurò che il tipo respiratorio della dispnea termica non è lo stesso del tipo della dispnea asfitico; nella dispnea termica l'inspirazione è breve, poco profonda, nell'asfitica è molto profonda.

---

# RIVISTA D'ANATOMIA

dei Professori G. ZOJA ed L. TENCHINI.

---

## I.
## Anatomia normale.

G. Hyrtl — *Manuale di anatomia umana.*
N. Smith — *Atlante di anatomia descrittiva.*
G. Peli — *Sulle misure del corpo nei bolognesi.*
F. Bertè — *L' Istituto di anatomia umana normale della R. Università di Sassari.*
J. A. Wyeth — *Ragioni anatomiche sulla preferenza della parte destra nell'uomo.*
G. Zoja — *Del teschio di Pasquale Massacra.*
E. Palombi — *Sulle ineguaglianze di sviluppo delle ossa del cranio umano, ecc.*
P. Topinard — *Della squadra cefalometrica.*
P. Topinard — *Dell'indice cefalico sul cranio e sul vivo.*
G. Romiti — *Lo sviluppo e le varietà dell'osso occipitale nell'uomo.*
G. Zoja — *Intorno all'atlante.*
P. Topinard — *Il peso del cervello secondo le annotazioni di P. Broca.*
Th. Bischoff — *Il peso del cervello dell'uomo.*
G. Nicolucci — *Il peso del cervello dell'uomo.*
L. Tenchini — *Sulla trabecola cinerea dell'encefalo umano.*
G. Zoja — *Il Gabinetto di anatomia normale della R. Università di Pavia, ecc.*
E. Nitot — *Ricerche anatomiche sopra la ghiandola sottomascellare, ecc.*
G. Zoja — *Sulla permanenza della glandola timo.*
L. Tenchini — *Il liquido-Pollacci usato per la conservazione de' preparati anatomici.*
Lachi e Bianchi — *Di un preparato anatomico del sistema nervoso, ecc.*

## II.
## Anatomia anomala.

L. Moschen — *Sulla anomala divisione dell'apofisi mastoidea.*
L. Tenchini — *Della fossetta occipitale mediana.*
Th. Chudzinski — *Contribuzione allo studio delle varietà muscolari.*
Denti e Berra — *Di una concomitante anomalia arteriosa e nervosa.*
A. Incoronato — *Di alcune anomalie del sistema vascolare.*
C. Taruffi — *Di alcune anomalie delle vene azigos ed emiazigos.*
C. Giacomini — *Varietà delle circonvoluzioni cerebrali dell'uomo.*
L. Tenchini — *Singolare deformità del verme cerebellare inferiore.*

L. Tenchini — *Incompleto sviluppo del lobo mediano del cervelletto.*
L. Calori — *Sull'alta divisione del nervo grande ischiatico.*
L. Calori — *Di una inversione splancnica generale nell'uomo, ecc.*
G. Zoja — *Alcune varietà dei denti umani.*
E. Luxardo — *Di una importan'e anomalia uro-genitale.*
G. Calderini — *Alcuni vizj congeniti dell'apparato genitale.*

## III.

## Anatomia topografica.

P. Tillaux — *Trattato di anatomia topografica, ecc.*
Cadiat — *Trattato di anatomia generale applicata alla medicina.*
A. Mathewson — *Anatomia e chirurgia della tuba eustachiana.*
I. Tansini — *Delle anomalie anatomiche più importanti per la medicina operatoria.*

## I.

## Anatomia normale.

G. Hyrtl. — **Lehrbuch der Anatomie des Menschen.** (*Manuale di anatomia dell'uomo*).

Questo ottimo trattato apparve nella sua 15.ª edizione con tutte quelle aggiunte che il progresso dell'anatomia rese necessarie. Il Manuale di G. Hyrtl costituisce una delle migliori guide per lo studioso e per il pratico.

N. Smith. — **Descriptive Atlas of Anatomy.** (*Atlante di anatomia descrittiva*).

È un ricco ed accurato Atlante di 92 tavole con 550 illustrazioni, nel quale trovasi rappresentata tutta l'anatomia umana.

G. Peli. — **Sulle misure del corpo nei bolognesi. — Ricerche antropometriche. — Con un' appendice storica sull'antropometria**; del prof. C. Taruffi. — Bologna, 1881 (Estr. dalla Ser. IV, T. II, delle *Mem. dell' Acc. delle Scienze dell'Istituto di Bologna* e letta nella Sess. 10 marzo 1881).

Con questo paziente lavoro l'Autore si prefigge di studiare la statura e le dimensioni de' principali segmenti del corpo umano nei bolognesi, tanto uomini quanto donne. Il materiale di ricerca è dato da 120 cadaveri (60 di maschi e 60 di femmine), esclusi i *mal conformati per alterazioni nello scheletro.*

L'Autore tenne conto dell'età dei soggetti esaminati (tutti adulti o vecchi) e sopra ciascuno prese le seguenti misurazioni:

1.° Della *statura* (Dalla sommità del capo, a capelli tagliati, alla pianta del piede);

2.° Della *testa* (Dal piano del vertice a quello del mento);

3.° Del *cranio* (Dal piano del vertice alla linea sopra-orbitale);

4.° Della *faccia* (Dalla linea sopraorbitale al piano del mento);

5.° Del *tronco* (Dalla settima vertebra cervicale al piano delle tuberosità ischiatiche);

6.° Degli *arti superiori* (Dalla sommità dell'omero all'estremo del dito medio);

7.° Del *braccio* (Dal capo dell'omero alla piegatura del cubito);

8.° Dell'*avambraccio* (Dalla piegatura del cubito all'apice dell'apofisi stiloide del radio);

9.° Della *mano* (Dall'apice dell'apofisi stiloide del radio alla punta del dito medio);

10.° Dell'*arto inferiore* (Dall'apice del gran trocantere al piano della pianta del piede);

11.° Della *coscia* (Dall'apice del gran trocantere alla linea articolare del ginocchio);

12.° Della *gamba* (Dalla linea articolare del ginocchio all'estremo del malleolo interno);

13.° Del *piede* (altezza) (Dall' estremo del malleolo interno al piano della pianta del piede);

14.° Del *piede* (lunghezza) (Dal piano che corrisponde alla faccia posteriore del calcagno a quello che passa per l'estremità libera del dito grosso);

15.° Della *linea biacromiale;*

16.° » » *biomerale;*

17.° » » *bisiliaca;*

18.° » » *bitrocanterica.*

Non possiamo seguire l'Autore in mezzo all' ingente numero di cifre che egli dispone in *Tabelle* (10), e dalle quali sa opportunamente trarre le medie geometriche e seriali. Molte annotazioni interessanti si trovano raccolte per rispetto massime alla proporzione delle varie parti del corpo (nei due sessi) colla statura e fra loro. I risultati sono convenientemente messi a confronto con quelli ottenuti sopra individui di paesi diversi e forniti analogamente dagli autori mederni.

La somma delle osservazioni, con grande diligenza istituite dell' Autore, costituisce certo un materiale di studio al quale potrà utilmente ricorrere chiunque intenda di occuparsi dell'interessante argomento che si riferisce all' antropometria degli italiani, intorno al quale l' anatomia non ha per anco raccolti risultati sufficienti per iscoprire la legge che governa lo sviluppo del corpo umano e delle sue singole parti.

— La seconda parte della Memoria, dovuta al prof. C. Taruffi, comprende i *Cenni storici sull' antropometria.*

L'argomento è trattato con rara erudizione e con singolare acume di critica. Dopo di avere passato a rapida rassegna i principali *artisti* che tentarono di trovare le leggi di proporzione, specialmente fra la

testa ed il restante del corpo, da Policleto, a Vitruvio, a Leonardo da Vinci, a Firenzuola, ad Alberto Durero, a Goffredo Schadow, a Silbermann, l'Autore passa a dire più diffusamente de' *naturalisti*, dai più antichi ai più moderni. E qui troviamo ricordati: Cardano, Girolamo Figino, Ambrosini, Giovanni Sigismondo Elsholt, Alberti, Giuseppe Sue Swediaur, Bonn, White, Camper, Blumenbach, Gall, Parchappe, Sandifort, Retzius, Gualandi, Bird, Orfila, Marcacci, Quetelet, Carus, Zeizing, Liharzik, Broca ed altri che omettiamo. È una pagina di storia redatta come pochi sanno, assai istruttiva e dalla quale si ricava tutta l'importanza che assume l'antropometria di fronte all'arte ed alla scienza.

Ci auguriamo che siffatti studi vengano più estesamente compiuti, ed applicati anche alle popolazioni delle altre provincie d'Italia.

BERTÈ F. — **L' Istituto di Anatomia umana normale della R. Università di Sassari, ecc.** Catania 1882.

In questa pubblicazione l' Autore dà conto 1.° del museo anatomico e 2.° dell'insegnamento e dei mezzi di studio.

Nella prima parte l'Autore, dopo aver fatto conoscere le condizioni in cui trovò l'Istituto anatomico di Sassari al principio dell' anno scolastico 1878-1879, espone quelle in cui lo lasciò alla metà del 1881. Presenta quindi il catalogo dei preparati di anatomia macroscopica, i quali da 81 che erano furono portati a 1708; a cui si devono aggiungere 2155 preparazioni istologiche tutte nuove. Questo vuol dire che il prof. Bertè a Sassari spiegò un' attività ben singolare e meritevolissima d'encomio.

JOHN A. WYETH. — **The anatomical reasons for destral preference in man** (*Ragioni anatomiche sulla preferenza della parte destra nell'uomo*). In: *Annals of the anatomical and Surgical Society*. Vol. II, N. 4. April 1880 a pag. 125.

L'Autore espone le cause che egli ritiene efficienti il *destrismo*, e le trova specialmente nella disposizione anatomica de' vasi arteriosi che si spiccano dalla convessità dell'arco aortico, risalendo fino alla prima formazione dell'embrione. La memoria offre, intercalata nel testo, una figura esplicativa, nella quale trovasi rappresentata l'aorta al suo esordire, il tronco brachio-cefalico arterioso, e l'origine delle arterie carotide primitiva e succlavia di sinistra.

G. ZOJA. — **Del teschio di Pasquale Massacra, pittore pavese.** *(Memorie del R. Istituto Lombardo)*. Milano 1882.

In questa nota l'Autore, accennata brevemente la vita singolare e la morte eroica del celebre artista patriotta pavese Pasquale Massacra, ne descrive il cranio, indicandone i caratteri esterni più notevoli, le principali misure, gli indici, la capacità cubica e il peso. Dal confronto fatto con altri sette cranii di pavesi di pari età a quello del Massacra (trent' anni) rilevasi la superiorità assoluta di questo su quelli, tanto

nelle misure esterne quanto nella capacità cubica. Il cranio di Massacra presenta poi una considerevole differenza di indice cefalico a paragone di quello de' suoi compatriotti, poichè mentre questi sono tutti brachicefali, Massacra era dolicocefalo puro. Questo fatto, che può essere variamente interpretato, è ritenuto dall'Autore dipendente da adattazione correlativa, desumendolo specialmente dalla condizione delle suture sagittale e coronale.

E. Palombi. — **Sulle ineguaglianze di sviluppo delle ossa del cranio umano nei loro rapporti colle leggi della simmetria morfologica.** Montegiorgio, 1881.

Premesse alcune considerazioni generali su ciò che riguarda la *simmetria* nelle forme organiche in base specialmente alle grandi teorie di Fermond e di Haeckel, e ricordate succintamente le principali opinioni sostenute dagli autori per dar ragione del legger grado di asimmetria esistente nell' organismo supposto diviso in due parti laterali da un piano mediano verticale, l'Autore discorre in modo particolare *delle differenze e delle asimmetrie fra la parte destra e la sinistra del capo umano,* accennando anche per questo speciale argomento alle ipotesi avanzate, tendenti a spiegare tale fatto anatomico.

Tutto ciò si comprende nei primi due capitoli.

Nel capitolo terzo della Memoria vengono considerati alcuni recenti studi di topografia cranio-cerebrale per mettere in evidenza tutta l'importanza delle indagini intraprese in ordine a tali ricerche topografiche. L'Autore si meraviglia grandemente nel vedere trascurata del tutto l'asimmetria del cranio, sembrandogli *impossibile come questo fatto costante non abbia attratto l'attenzione del Broca,* di cui egli ricorda le benemerenze di fronte alla craniologia. Trova che solo il dottor P. Lachi fece questo in un suo ultimo lavoro: *Le circonvoluzioni cerebrali dell'uomo e nuovo processo di topografia cranio-cerebrale* (1).

Più avanti riporta testualmente (tradotti) alcuni punti della Memoria di G. Le Bon « Recher. anatom. et mathémat. sur les lois des variations, etc., » l'articolo, cioè, che tratta delle *Ineguaglianze di volume delle regioni corrispondenti del cranio.* L' Autore ammira il paziente lavoro di Le Bon, per quanto non si trovi con lui sempre concorde ne' risultati della comune osservazione. Gli rimprovera specialmente di non aver tenuto conto del sesso, nei crani da lui misurati, ciò che porta ad alterare sensibilmente i risultamenti delle indagini istituite.

Nel capitolo quarto e nei successivi l' Autore discorre delle sue ricerche originali, fatte sopra 135 crani, dei quali 101 appartenenti alla collezione posseduta dal prof. E. Morselli, e 34 raccolti fra crani an-

---

(1) La *Rivista* diede già di questa Memoria un sunto (veggasi fascicolo di agosto, 1881).

tichi del Piceno, quali figurano ora donati dall'Autore al Museo Nazionale di Firenze. Viene esposto anzi tutto il metodo seguito nella misurazione de' crani, metodo che diciamo subito assai rigoroso, e quale certo era a seguirsi per giungere a sicuri corollari. Misurare dapprima con ogni cura la grande circonferenza (del cranio, dalla glabella all'inion, poscia precisare di essa le due parti destra e sinistra), e di ciascuna segnare esattamente tutti quei tratti che appartengono partitamente alle ossa frontale, parietali e occipitale per farne risaltare le differenze (a millimetri) che corrono considerando i due lati del cranio, ecco il lavoro diligente fatto dall'Autore per ciascuno de' crani esaminati.

Da una prima valutazione l'Autore deduce che la metà sinistra del cranio predomina sulla destra, conclusione opposta a quella a cui giunse Le Bon. Questa differenza poi si fa marcatissima ove si considerino, secondo l'Autore, i soli crani di donna. Nel sesso femminile sopra 52 crani, soltanto 9 furono trovati più sviluppati a destra; tutti gli altri sensibilmente predominanti dal lato opposto. Per i crani di uomini invece la cifra procentuale di quelli che eccedono a sinistra è di gran lunga inferiore. Sono risultati certamente assai interessanti per l'antropologia, sui quali tuttavia l'Autore non osa ancora fondare delle ipotesi che potrebbero sembrare arrischiate.

Nel capitolo quinto l'Autore si fa a considerare le ossa del cranio in particolare, fissando i *massimi* e i *minimi* di tutte le numerose misurazioni prese, e facendo rilevare le *differenze massime di simmetria fra le ossa di uno stesso cranio* e gli *estremi della simmetria morfologica ne' crani.*

Non possiamo seguire l'Autore nei dettagli delle sue minute indagini fatte in argomento. Stimiamo conveniente riferire in proposito le conclusioni testuali:

« Le varie ossa del cranio seguono nel loro sviluppo una legge di « compensazione. Rare volte accade che tutte e tre le ossa di un lato « abbiano predominio su quelle del lato opposto. Quando succede che « le due metà della circonferenza sieno uguali, egli avviene perchè il « difetto o l'eccesso nelle ossa di un lato è compensato da difetti od « eccessi corrispondenti nel lato opposto, quantunque in un osso di- « verso. Per esempio, ad un frontale destro che eccede sul sinistro di « 15 mill., si unirà un occipitale destro minore di 15 mill. del sinistro.

« Questa regola è resa evidente anche dal fatto, che la differenza « massima fra le due metà della circonferenza non è guari maggiore « della differenza massima fra la porzione destra e sinistra delle sin- « gole ossa.

« Alle asimmetrie del cranio prendono parte tutte le ossa, ma l'oc- « cipitale ed il parietale più frequentemente del frontale. È bensì vero « che il frontale, come il parietale, può talvolta raggiungere una diffe- « *renza* massima di 22 mill., fra la parte destra e la sinistra, alla qual

« cifra non si eleva giammai l'occipitale: ma se noi ci facciamo a con-
« siderare quante volte il frontale è così asimmetrico, lo troveremo
« toccar di rado una differenza notevole, mentre pel parietale e l'occi-
« pitale una differenza di 10 o 12 mill. è cosa ordinaria. Dunque, fra
« le ossa del cranio, il più regolare di tutte è il frontale, poi viene il
« parietale, ed ultimo l'occipitale. »

Nel capitolo sesto si studiano dapprima le ossa in relazione alla grandezza del cranio, e qui l' Autore dimostra che nessun rapporto esiste fra questa e le asimmetrie, o le dimensioni delle singole ossa. Si può però, secondo l'Autore, con grande verisimiglianza asserire che a crani grandi corrispondono pure frontali grandi. Ciò non si può dire del parietale e meno poi dell' occipitale, il quale spesso si nota piccolo in crani voluminosi e viceversa. Più oltre l' Autore discorre brevemente della sutura lambdoidea che mette capo in alto al lambda. La linea che congiunge questo punto col margine posteriore del foro occipitale è più o meno estesa a norma del maggiore o minore sviluppo dell' osso occipitale, e però essa, come *minima craniologica*, deve necessariamente servire a fornirci un criterio delle variazioni frequenti a cui va incontro l'osso nelle sue dimensioni.

L'Autore finalmente riassume in modo chiaro e conciso tutte le *conclusioni* a cui è riuscito, e presenta alcuni prospetti numerici a maggiore illustrazione del dettato.

La Memoria è, sotto molti riguardi, assai pregevole e tale da meritarsi l'encomio al quale hanno diritto i lavori, frutto di serie ed acute osservazioni.

P. Topinard. — **De l'équerre céphalométrique** *(Della squadra cefalometrica)*. In: *Revue d'anthrop.* Deux. Sér. Tom. cinq., 1882. Deux. fascic. a pag. 260.

L' illustre antropologo francese descrive un istrumento assai semplice, che egli dice *squadra cefalometrica*, per misurare esattamente l' altezza della testa (dal vertice al mento) e le diverse principali sue sezioni.

Al nuovo istrumento (di cui tuttavia la prima idea risale a Roberts) si compone di due squadre di diversa grandezza. La maggiore presenta una branca graduata a millimetri la quale deve cadere a perpendicolo nella linea mediana della faccia al davanti del naso, ed un'altra branca, perpendicolare alla prima, che deve toccare tangenzialmente il vertice del capo, secondo un piano orizzontale. La squadra più piccola fa parte a sè, e, portata liberamente alle varie altezze della scala graduata, serve a fissare le cifre di misurazione che si cercano, fermo che sia il suo apice sopra dati punti della testa. L' Autore indica siffatti punti 1.° all'origine dei capelli, 2.° al punto intersopraccigliare, 3.° alla radice del naso, 4.° alla base del naso, 5.° all'intervallo dei denti, 6.° al mento.

Con questi dati si può comodamente stabilire le proporzioni centesi-

mali dell'altezza della testa per rispetto alla statura del soggetto che si prende ad esaminare, e quelle che passano fra le varie sezioni della testa medesima confrontate fra di loro.

L'Autore si propose specialmente di suggerire dei punti di ritrovo sul vivo, i quali sieno presto rinvenuti anche da chi non è anatomico. Per ciò i viaggiatori potranno in modo facile e pronto fare un numero grande di osservazioni, sufficientemente rigorose, sopra individui di lontani paesi, ciò che riesce agevole anche per la semplicità dello strumento che si adopera. Il quale può essere reso tascabile, costruendosi articolate fra di loro le due branche della squadra più grande.

P. Topinard. — **De l'indice céphalique sur le crane et sur le vivant d'après Broca** *(Dell'indice cefalico sul cranio e sul vivo secondo Broca). (Rev. d'Anthr. Onz. an. Deux. ser.* Tom. cinq. 1882, Pr. fasc. a pag. 98).

In questa Memoria vengono messi a confronto i risultati che si ottengono calcolando da una parte l'*indice craniometrico* (quello che si ottiene sul cranio) e dall'altra l'*indice cefalometrico* (quello che si desume sul vivo o sul cadavere). È una questione importante a risolversi per riuscire a conclusioni il più possibilmente precise sul volume e la capacità del cranio nei vari casi, sia tra individuo ed individuo della stessa razza, sia fra individui di razze diverse.

Ora l'Autore, servendosi di alcuni materiali raccolti e studiati da Broca, lasciati fino ad oggi inediti, dimostra essere i risultati, che si hanno dai due indici sopra nominati, a press' a poco identici. È certo però che, come fa notare l'Autore, è necessario calcolare un discreto numero di individui per ciascuna osservazione, perchè nei soggetti, considerati partitamente, si potrebbero trovare differenze notevoli in più o in meno a seconda dell'*indice* usato.

Con ciò Topinard si scosta da quanto sostennero fin qui gli autori e specialmente Dopart, Stieda e Broca stesso, quando questi, nel 1868, aveva esposto le sue prime osservazioni intorno all'argomento.

Per prendere le misure sul cadavere è necessario o isolarne la testa, per metterla in posizione verticale come ultimamente fece Broca, o porre il cadavere stesso col tronco pure in posizione verticale, anzichè supina, come usasi comunemente. Con queste semplici precauzioni si evita che gli umori (sangue, siero, ecc.) abbiano a portarsi nelle parti più declivi, gonfiando i tessuti attorno ai punti che si trovano a contatto col piano sopra cui sta disteso il cadavere. Si sa che colla pratica usuale, per riguardo alla testa, l'occipite (in prossimità all'inion) resta compresso, e le regioni laterali del cranio, dopo 24 o 36 ore dalla morte, si fanno invece più tumide.

L'Autore, dopo queste considerazioni, riassume lo scritto, concludendo con queste parole:

« . . . . . . le prime esperienze fatte da Broca erano difettose, così

« come egli riconobbe. Le nuove evitano molti errori e si avvicinano « assai alle condizioni del vivente. È mestieri adunque annullare la sua « conclusione anteriore, e d'ora innanzi comparare l'indice cefalometrico direttamente coll'indice craniometrico, senza alcuna riduzione. « In media, sopra un certo numero di soggetti, venti o più, i due in« dici sono simili. »

G. Romiti. — **Le sviluppo e le varietà dell' osso occipitale nell'uomo.** (*Estratto dagli Atti della R. Accademia dei fisiocritici.* Serie III, Vol. III, Siena 1881).

L'Autore si propone di descrivere e di studiare, *col lume della embriogenia e dell'anatomia comparata*, tutte le principali e più interessanti *varietà* dell'osso occipitale nell'uomo, servendosi della collezione osteologica da esso raccolta nel Museo anatomico di Siena, di cui è direttore.

La Memoria si compone di tre parti distinte.

Nella prima sono assai opportunamente ricordati alcuni punti di anatomia descrittiva e comparata, che riguardano l'osso occipitale. E specialmente per ciò che concerne questa parte del cranio negli animali, l'Autore si estende a darne dettagliati ragguagli considerandone partitamente le varie porzioni, le quali, come è noto, sono rappresentate dal *sopraoccipitale*, dagli *ex-occipitali* e dal *basio-occipitale*. Mostra con rapidi cenni come esse si trovino nelle varie classi d'animali, vuoi separate fra di loro (esistano o non esistano tutte), vuoi fuse sì da costituire un pezzo solo, come avviene in quasi tutti i mammiferi. Si estende in seguito a considerare più specialmente le ossa *interparietali* o *preparietali* negli animali, dandone una particolareggiata descrizione per trovarne il vero corrispondente nel cranio umano tutte le volte che, per anomalia, l'interparietale si trova nell'uomo distinto dal restante dell'osso occipitale.

Nella seconda parte della Memoria si parla diffusamente dello *sviluppo* dell'osso occipitale, e qui sono passate anzi tutto in rassegna le opinioni degli autori che più utilmente si occuparono dell'argomento, sia per quanto riguarda i mammiferi inferiori all'uomo, sia per quello che riflette l'uomo stesso. Sono richiami bibliografici assai accurati, perchè l'Autore dai più antichi scrittori discende fino ai più recenti, dando fra questi speciale importanza alle ottime osservazioni di Giovanni Baraldi. Accenna poi in modo particolare ai discordi pareri degli anatomici sul numero de' punti d'ossificazione propri dell'occipitale umano; ne cita e ne discute le disparate opinioni, ed espone infine il risultato di sue proprie osservazioni, le quali conducono l'Autore ad ammettere che i *punti di ossificazione proprii e fissi* (dell'occipitale) *sono sette come giustamente descrive* Kölliker, *uno per la parte basilare, 2 per i condili, 2 per la squamma cartilaginea e 2 per la connettiva.* Il primo nucleo d'ossificazione appare (secondo l'Autore) verso il 50.° giorno dal

concepimento, ed è *rappresentato da due punti ossei che presto si fondono*. Apparirebbero in seconda linea *i punti laterali che servono per i condili, e quelli per la parte basilare*. Alla medesima epoca si manifesterebbero poi *i due punti superiori, o di ossificazione connettiva, della squamma*, i quali presto si saldano nella linea mediana. A cinque mesi della vita endouterina esistono bene manifeste le quattro parti che costituiscono l'occipitale, e queste non si uniscono definitivamente assieme se non che nel periodo de' primi sei o sette anni di vita autonoma.

Tali sono, in succinto, le notizie che l'Autore ci offre circa lo sviluppo dell'occipitale, in parte conformi e in parte diverse da quelle che i trattatisti danno in proposito.

Con queste premesse di anatomia comparata e di embriogenia, l'Autore passa alla terza parte del suo lavoro, descrivendo le varietà alle quali può andare incontro l'osso occipitale. Le divide in quelle *della squamma, dei condili e della porzione basilare*.

Alla prima categoria ascrive: a) *le abnormi tuberosità*, b) *le abnormi suture*, c) *le ossa interparietali*, d) *la fossetta occipitale media*, e) *la fontanella anonima*.

Fra le *abnormi tuberosità* ricorda anzitutto l'esagerato sviluppo dell'inion ne' suoi varii modi di presentarsi, e la presenza del così detto *tuberculum linearum*, situato, quando esiste (il che non è molto raro), un centim. circa al disopra della protuberanza occipitale esterna. L'Autore accenna di passaggio anche a *quel singolare processo arboriforme*, stato descritto dal Desanctis in un cranio etrusco, processo che risulterebbe dalla eccezionale ossificazione del legamento cervicale posteriore.

Nelle *abnormi suture* sono ricordate tutte le possibilità più o meno frequenti, della persistenza di quelle tracce di saldatura che si interpongono ai quattro pezzi costituenti l'occipitale, primitivamente distinti e separati fra di loro. L'Autore, appoggiandosi in parte a proprie osservazioni, accenna anche a quelle raccolte dagli altri anatomici.

Passa poi a dire delle *ossa interparietali*. Con molto acume di critica Romiti dimostra che queste non ponno essere considerate ossa wormiane, come vogliono molti autori. Nella dimostrazione lo soccorrono, come sempre, argomenti di embriogenia e di anatomia comparata; fa vedere che le ossa interparietali rappresentano la porzione più elevata della squamma dell'occipitale, che, per anomalia, non si è fusa col restante dell'osso. L'osso interparietale (*grande wormiano occipitale* di Calori, *os incae* di Rivero e Tschudy, *falso wormiano* di Pozzi, *vero epactale* di Rambaud e Renault e di Virchow) non ha d'altra parte i caratteri anatomici delle ossa wormiane, le quali si formano nelle suture per punti di ossificazione accessorii e anomali. Le interparietali sorgono da punti d'ossificazione normali, e stanno precisamente a rappresentare quella porzione di occipitale che trae dal *cranio connettivo*.

Fatta questa distinzione fra *ossa interparietali e wormiane*, l'Autore richiama i principali casi che figurano descritti dagli autori, e riferisce di due esemplari da esso lui posseduti. Lo spazio non ci consente di aggiungere di più, e di riportare tutte le considerazioni fatte dal diligente osservatore.

Successivamente si viene a discorrere della *fossetta occipitale media*. L'Autore espone la storia anatomica di questa eccezionale infossatura da Virchow, che fu il primo a parlarne, a Lombroso che, fra i moderni, è quello che le diede, come è noto, speciale importanza sotto il rapporto della medicina legale. Per riguardo alla frequenza della fossetta occipitale media, Romiti ne trovò 9 esemplari *in 165 crani sani* e 10 in *83 crani di alienati in genere*, non essendo stato possibile specificare la natura della frenosi. La proporzione procentuale corrisponde a quella trovata da Lombroso, col quale l'Autore è in accordo anche circa la spiegazione che della fossetta occipitale media si deve dare, paragonandola con quella che esiste normalmente in alcuni animali inferiori all'uomo (le scimie specialmente). Se non che qui Romiti si spinge più oltre e cerca della anomalia, di cui si parla, una spiegazione anche al lume della embriogenia. Ritiene l'Autore che la fossetta occipitale media dipenda da un arresto di sviluppo od anche dalla mancanza del *punto o granulo o nodulo del Kerkring*, quel centro speciale accessorio di ossificazione che appare *verso la fine del terzo mese* (della vita endouterina), che è situato *al di dietro del foro occipitale, fra i condili, nel punto corrispondente alla futura cresta occipitale.*

Fra le *varietà della squamma* è ricordata finalmente la *fontanella anonima*. L'Autore non può in proposito riferire osservazioni proprie; si limita a fare cenno di quelle raccolte da Kerkring, Luschka, Rambaud e Renault.

Nelle *varietà dei condili* colloca: a) *le abnormi divisioni*, b) *le abnormi faccette articolari*, c) *gli abnormi fori od ossetti*, d) *gli abnormi processi.*

Il condilo dell' osso occipitale può nell'adulto presentarsi diviso, più o meno completamente, ad indicare la persistenza di un fatto che è normale nel feto. La divisione completa del condilo non venne mai osservata dall' Autore; la ricordò Henle, e Schwegel notò il condilo diviso in quattro parti per mezzo di un solco crociato.

Di *abnormi faccette articolari* l'Autore descrive due esemplari da lui trovati su 300 crani esaminati. In entrambi la faccetta corrisponde alla parte mediana del contorno anteriore del foro occipitale, ma in uno essa per metà occupa la faccia basilare dell' osso. Serve a raccogliere il dente dell'epistrofeo eccezionalmente lungo, con cui si articola. Sono menzionati anche i casi osservati da Dieterich, Vitali e Gruber.

Negli *abnormi fori ed ossetti* l'Autore ricorda: 1.° la varia disposizione dei fori condiloidei; 2.° alcuni canalicoli, assai probabilmente emissarii, che fanno comunicare fra di loro i fori condiloidei; 3.° al-

cuni altri della medesima natura disposti nelle vicinanze; 4.° l'*ossiculum jugulare* di Gruber, rappresentato *da una laminetta ossea indipendente la quale divide il foro lacero posteriore, in luogo di quella punta ossea che normalmente si diparte dall'occipitale o dal temporale.*

Fra i *processi abnormi* sono descritti il *processo pneumatico* ed il *paraoccipitale*. Hyrtl trovò, primo, il pneumatico 3 volte in 600 crani.

L'Autore ne trovò 2 esemplari. Sono studiati i rapporti di continuità di questo processo colle cellule mastoidee, ed il modo con cui esso si forma. In quanto al *processo paraoccipitale, paramastoideo* o *paracondiloideo* Romiti si estende maggiormente, e riferisce quello che gli autori osservarono già, dando relazione anche di due casi originali in cui però l'abnorme processo non si protendeva in basso tanto da raggiungere l'atlante, come videro Amadei e Zoja. Riconosce il valore delle osservazioni fatte ultimamente sul processo paramastoideo dall'Amadei, e trova giusta la spiegazione che questi ne dà per rispetto all'anatomia comparata. Fa notare tuttavia che l'Amadei *non è nel vero quando asserisce che non fu fatta mai una dettagliata descrizione del processo giugulare e che alcuni autori hanno detto poco del processo anomalo in discorso, e che nessuno ha mai tentata la spiegazione dell'anomalia.* L'Autore cita qui l'autorità di Baraldi, il quale gli comunicava verbalmente il risultato di molte osservazioni intese *a completare e correggere la nel resto dotta memoria dell'Amadei.* Romiti stima che il processo giugulare si trova, affatto simile a quello dell'uomo, specialmente nei *Suidi* negli *Equidi* ed in taluni *Ovis.*

La terza serie di *varietà* trattate dall'Autore è quella che concerne *la porzione basilare* dell'occipitale. Qui vengono descritti *gli abnormi processi ed in ispecie il terzo condilo* (Meckel); *gli abnormi fori o canali ed in ispecie il canale basilare* (Gruber).

Fra i primi stanno il *tubercolo faringeo* più sviluppato del consueto, e per riguardo al terzo condilo, stato menzionato la prima volta da Meckel, Romiti dà relazione di un teschio di maschio d'anni 60. Ricorda pure le osservazioni di Dieterich, Grüber e Allen, e rileva la corrispondenza di questa varietà nel campo dell'anatomia comparata.

Per ciò che riguarda gli *abnormi fori e canali* della porzione basilare dell'occipitale l'Autore insiste specialmente sul *canale basilare mediano* stato trovato nell'uomo la prima volta da Grüber. Viene descritto un bellissimo esempio di questa varietà, rinvenuto nel cranio di un maschio, di anni 45, brachicefalo. Trattasi di un canalino lungo 9 millimetri il quale trovasi nella metà posteriore della doccia basilare nella linea mediana. Ha un orificio anteriore, rotondo, di 2 millimetri di diametro, ed un orificio posteriore vicino al margine anteriore del grande foro occipitale con un asse maggiore trasversale di 7 millimetri. Entrambe le aperture sboccano nella cavità del cranio.

L'Autore anche sopra questo particolare di anatomia anomala dà utili spiegazioni, e richiama i casi osservati quali si trovano registrati nella letteratura.

Da ultimo Romiti considera brevemente anche le *abnormi saldature* dell'occipitale. Crede che queste dipendano più comunemente da un processo patologico; ricorda un esemplare che egli possiede in cui l'occipitale è saldato col temporale di sinistra. Stima di non dover spendere parole sulla notissima possibilità della saldatura dell'occipitale col l'atlante. Già Tabarrani (fra di noi) Sangalli, Zoja, Taruffi e l'Autore stesso ne descrissero esempi, e ne fecero rimarcare tutta l'importanza pratica e scientifica.

Trovammo conveniente di riassumere con una certa estensione l'attuale memoria del Romiti, perchè ci parve importante, sia per i fatti nuovi addotti, sia per la copia di erudizione che illustra l'argomento svolto. L'Autore intese certamente di ricordare soltanto i principali autori per ciascuna delle parti trattate nella memoria; una maggiore diligenza sarebbe tornata oziosa.

— Ci sia lecito tuttavia lamentare il silenzio mantenuto dall'egregio anatomico (di solito tanto accurato nelle ricerche bibliografiche) sopra la pubblicazione del prof. Zoja. = *Il Gabinetto di anatomia normale della Regia Università di Pavia.* (Parte 1.ª, Osteologia). =

In questo lavoro, edito già fin dal 1874, trovansi ricordate parecchie fra le *varietà* descritte dall'Autore, come:

Ai numeri 140 e 609 due bellissimi esemplari di ossa interparietali.

Ai numeri 8, 38, 41, 60, 84, 85, 115, 148, 150 e 179 altrettante fossette occipitali medie, più o meno sviluppate (1).

Ai numeri 62, 104, 110, 175, 206, 208 e in particolar modo 130, 135 e 182, parecchi casi in cui si trova ricordato il canale basilare mediano. —

Al bel lavoro del Romiti sono unite cinque figure: le due prime riguardano lo sviluppo dell'osso occipitale, la terza rappresenta un voluminoso osso interparietale, la quarta il terzo condilo, la quinta il canale basilare mediano.

Facciamo voti che l'Autore completi, come promette di fare, il programma che si è proposto, quello cioè, di studiare, come fece per l'occipitale, lo sviluppo e le varietà anche di tutte le altre ossa del cranio.

F. Zoja. — **Intorno all' atlante. — Studii antropo-zootomici,** (in 4.° con undici figure). *Memorie del R. Istituto Lombardo.* Vol. XIV. V. della Serie III. Classe di scienze mat. e nat. Milano 1881.

Della prima parte di questa Memoria, che si riferisce *ai rapporti*

(1) Un bellissimo esempio di fossetta occipitale media trovasi illustrato dallo stesso prof. Zoja nell'opera citata (« Angiologia. » Serie E) al N. 68.

Uno altro descrisse recentemente anche il prof. Tenchini. Il *pezzo* è conservato nel Museo di anatomia normale della R. Università di Pavia. (Tenchini. « Della fossetta occipitale mediana, » Milano 1881. « Annali Universali di med. » Vol. 257, con figura).

*tra l'atlante e il cranio nell' uomo e in alcuni mammiferi*, si è fatto cenno in questo stesso *Giornale* nello scorso anno (1). La seconda parte tratta delle principali varietà dell'atlante medesimo, che sono numerose e riguardano o la totalità della vertebra (volume e peso) oppure qualcuna delle sue parti. Queste ultime sono le più frequenti e le più singolari, e sono indicate partitamente nell'ordine che segue: varietà *degli archi*, delle *apofisi trasverse* e dei *fori dell'atlante*. Fra questi, quali anomalie, l'Autore nota, oltre a quello conosciuto sotto il nome di *foro atloideo di Straus-Durckeim*, e pel quale passano l' arteria vertebrale e il primo pajo dei nervi spinali, due fori tra l'apofisi articolare superiore e la trasversa, detti l'uno *foro sopratrasversario anteriore* e l'altro *foro sopratrasversario posteriore*, per il primo del quale decorre la branca anteriore del 1.° nervo spinale, e pel secondo la stessa branca del nervo spinale unitamente all'arteria vertebrale; — un *foro atloideo sopratrasversario*, posto tra i fori soprasversario posteriore e l'atloideo, pel quale passa la branca posteriore del primo nervo cervicale. Nota ancora un foro *retro-trasversario* (al di dietro del trasversario comune) destinato ad un vaso.

In seguito si parla delle *anomalie dell'atlante complicate dalla sua saldatura coll'osso occipitale*, descrivendosene alcuni esemplari interessanti.

L'ultima parte del lavoro tratta [succintamente dello sviluppo dell'atlante, prendendo le mosse principalmente dal periodo in cui appare l'ossificazione, e colla scorta dell'embriologia cerca di trovare la spiegazione anche delle anomalie notate.

P. Topinard. — **Le poids du cerveau d'après les registres de Paul Broca.** (*Il peso del cervello secondo le annotazioni di Paolo Broca*). In: *Revue d'anthropologie.* Onzième Année. Deux. sér. Tom. cinq., 1882. Premier fasc. a pag. 1.

L' Autore raccoglie in questa Memoria tutte le annotazioni, che Paolo Broca lasciò inedite, sul peso assoluto e relativo del cervello umano. Fra tutte le numerose ricerche che intorno a questo argomento si fecero fin qui, queste che ora videro la luce per opera di P. Topinard hanno certo una grande importanza, perchè sono fatte con un ricco materiale di osservazione, e compiute con tutto quel rigore scientifico che, per indagini di simil genere, si richiede. Non possiamo certamente riprodurre le molte cifre e le conclusioni che ne vennero dedotte. Ci limitiamo a riassumere per sommi capi i punti trattati.

Eliminati gli esemplari di encefalo che, sotto svariati aspetti, avrebbero potuto alterare i corollarii generali, il numero dei cervelli esaminati ammonta a 432.

---

(1) « Annali Univ. di med., ecc. — Parte Rivista. » Vol. 256, 1.° semestre, 1881, pag. 501 e seguenti.

Vengono successivamente considerate le seguenti cause che possono valere a modificare il peso del cervello, e cioè: 1.° l'*età*, 2.° la *statura*, 3.° il *sesso*, 4.° le *variazioni individuali*.

Ciascun punto trova estesa trattazione, e le deduzioni, prese in termini generali, conducono a confermare verità già oggi universalmente accettate. Solo troviamo nei particolari qualche affermazione che differisce alquanto da quello che altri (e lo stesso Broca prima) credettero. Così, ad es., si trovò, per rispetto all'*età*: 1.° che il cervello dell'uomo cresce fino verso i 30 o 35 anni e comincia a decrescere subito dopo, senza presentare uno stadio di sosta; 2.° che quello della donna aumenta fino ai 25 o 30 anni, e tosto diminuisce pur non presentando un periodo di stato; 3.° che la differenza dal *maximum* alla decrepitezza è di 175 grammi pel maschio e di 129 gr. per la femmina.

L'ultima parte della pregevole Memoria riassume in modo chiaro e conciso le *conclusioni* che si trovano disseminate nello scritto.

L' Autore termina facendo voti che vengano istituite nuove osservazioni sul peso del cervello nel periodo d' età dai 25 ai 50 anni, e più specialmente fra i 30 e 40 anni per l'uomo, e fra i 25 e 35 anni per la donna. Si augura che possano venir compiute indagini speciali in proposito: 1.° fra gli artisti e letterati, 2.° fra coloro che si dedicano ad osservazioni di fatto, 3.° fra gli individui la professione dei quali esiga una grande attività muscolare. In questa maniera verrà messa pienamente in luce anche l'influenza delle professioni sullo sviluppo cerebrale, oggi non per anco completamente dimostrata.

La seconda parte delle osservazioni postume di Broca si riferisce al peso di ciascuna delle parti principali componenti l' encefalo, e cioè il midollo allungato, il nodo del cervello, il cervelletto, gli emisferi, i lobi frontali, parietali ed occipitali (a destra e a sinistra). Noi desideriamo che presto Topinard renda pubbliche anche queste indagini, le quali certo non potranno che destare fra gli studiosi il più vivo inseresse.

TH. BISCHOFF. — **Das Hirngewicht des Menschen; eine Studien.** (*Il peso del cervello dell'uomo*). Bonn, 1880, opusc. di pag. 171.

È un lavoro assai importante, frutto di molte osservazioni (900 circa), nel quale si considera il peso del cervello a seconda del sesso, del peso del corpo, della statura e delle varie età.

*Sesso.* — Sopra 559 maschi il peso medio fu di grammi 1362
» 347 femmine » » » » 1219.

*Peso del corpo.* — L' Autore dimostrò in proposito che in generale questa causa influisce direttamente sull' aumento in peso del cervello, offrendo in proposito un numero cospicuo di osservazioni tanto di uomini quanto di donne. Per queste ultime poi provò che, se il cervello femminile è relativamente più pesante del maschile, questa superiorità è annullata da ciò che il suo volume assoluto è del 9 o del 10 per cento inferiore a quello del cervello maschile.

*Statura.* — Anche per la statura Bischoff dimostrò le variazioni, mettendo a contributo un numero grande di individui con altezze personali assai differenti.

*Età.* — Qui l'Autore dimostrò che il peso del cervello nell'embrione cresce in rapporto coll'organismo; che fino ai 20 anni di vita aumenta ancora, ma, relativamente al peso del corpo, in minori proporzioni; che nella donna il peso maggiore viene raggiunto a 20 anni, mentre che nell'uomo questo massimo è toccato dai 20 ai 30 anni; che in seguito il cervello diminuisce, cadendo la diminuzione nella donna fra i 50 e i 60 anni e nell'uomo fra i 60 ed i 70.

I risultati, come si vede, differiscono notevolmente da quelli forniti da Topinard, dei quali parlammo più sopra.

G. Nicolucci. — **Il peso del cervello dell' uomo.** (*Rend. dell'Accademia delle scienze fisiche e matematiche.* Anno XX, Napoli 1882 — da pag. 22 a 30 e da pag. 40 a 59).

È questa un'altra Memoria molto interessante sul peso del cervello dell'uomo, la quale vale a fornirci molte e preziose notizie sull' importante tema trattato.

L'Autore raccoglie le osservazioni di autori tedeschi, inglesi, francesi ed italiani (fra i quali ultimi in ispecial modo Calori) per dedurre delle conclusioni generali.

È un lavoro erudito, che può tornare utile massime per la copia delle citazioni fatte.

L. Tenchini. — **Sulla trabecola cinerea dell' encefalo umano.** (Con cinque figure litografate).

Questa Memoria fu pubblicata dagli *Annali universali*, ecc. — Parte originale. Vol. 259 a pag. 498, Anno 1882.

Vi rimandiamo il lettore.

G. Zoja. — **Il Gabinetto di anatomia normale della R. Università di Pavia.** Serie *G. Splancnologia* in 4°. Pavia 1880-82. Stabilimento tipografico successori Bizzoni.

È questo il quarto fascicolo della descrizione dei preparati raccolti nel Museo di Anatomia umana dell'Università di Pavia. Nella sezione di Splancnologia figurano 482 preparati, dei quali 10 furono allestiti da Rezia, 59 da Scarpa, 198 da Panizza e 215 dall'attuale direttore. Vi sono bellissime sezioni longitudinali e trasversali dei denti, stupende injezioni dello stomaco, delle intestina, del pancreas, del fegato, della cistifellea, della vescica orinaria, dei testicoli, delle vescichette seminali, dei corpi cavernosi, degli ovari, del peritoneo, dei polmoni, della pleura; sono pure magnifiche le preparazioni nervose, specialmente quelle che si riferiscono ai denti, allo stomaco, alle intestina, al fegato, alla milza, al rene, al testicolo ed ai polmoni. Fra tutti i preparati che servono

mirabilmente alla dimostrazione nella scuola, ve ne sono non pochi che hanno anche un interesse scientifico, quali, per esempio, le anomalie dentali, l'inversione totale dei visceri toracici ed addominali, lo sbocco del condotto pancreatico lontano da quello del condotto coledoco, le pseudo-membrane fra la pleura costale e la polmonale injettate, le anomalie renali, testicolari ed uterine e le varietà dell'appendice della glandola tiroidea.

E. Nitot. — **Recherches anatomiques sur la glande sous-maxillaire et son canal excreteur. Glande sous maxillaire accessoire.** (*Ricerche anatomiche sopra la ghiandola sotto-mascellare e il suo canale escretore. Ghiandola sotto-mascellare accessoria*). In: *Archives de Physiologie, ecc., par Brown-Séquard,* ecc. Paris 1880, pag. 374, con figura.

L'Autore, in seguito a numerose osservazioni fatte sulla disposizione anatomica della glandola sotto-mascellare e del suo canale escretore, ha potuto rilevare un fatto, che egli considera come normale, e che non fu avvertito prima, secondo lui, che da Tillaux.

Nella dissezione, dice l'Autore, del pavimento boccale, previa injezione del canale di Warthon, sia a mercurio, sia a parafina colorata, avendo cura di tenere il preparato nell'acqua calda, perchè l'injezione riesca meglio penetrante, si constata che fra i numerosi lobetti che formano l'ammasso della glandola sub-linguale, esiste un gruppo glandolare speciale il cui condotto escretore si apre nel canale di Warthon.

Questo gruppo glandolare non è costante, ma dalle proprie ricerche l'Autore è condotto a ritenerlo esistere almeno nella metà dei casi.

Quando esiste assume invariabilmente la seguente disposizione: è completamente isolato dal corpo della glandola sotto-mascellare, dalla quale è situato molto distante, per modo che non si può considerarlo qual prolungamento anteriore della glandola. È posto profondamente e orizzontalmente sul pavimento boccale, adossato al muscolo genio-glosso; diretto nel senso antero-posteriore; di un volume variabile; di forma ovoidea, colla estremità più grossa rivolta all'avanti, e la piccola estremità diretta all'indietro; sembra che da questa ultima estremità parta il suo condotto escretore.

Questo gruppo glandolare forma un'ansa ben pronunciata diretta all'avanti, nella concavità della quale riceve il nervo linguale, nel punto in cui questo nervo si scioglie in numerosi filetti che si distribuiscono alla mucosa boccale.

Il canale escretore di questo piccolo gruppo glandolare è molto variabile: alle volte assai corto per modo che gli acini sembrano esservi accollati in tutta l'estensione, e in questo caso il canale accessorio sbocca nel canale di Warthon verso il suo terzo anteriore: altre volte il canale è più lungo, più nettamente separato dal resto della glandola, e in

questo caso s'apre nel canale di Warthon più all'indietro, cioè verso la sua parte media.

Dopo questa descrizione l'Autore si fa la domanda se un tal lobetto glandolare debba considerarsi quale annesso alla glandola sub-linguale, oppure alla sotto-mascellare.

Partendo dal fatto ben dimostrato che nessun lobo della glandola sub-linguale s'apre nel canale di Warton malgrado la vicinanza immediata che assume il canale con essa glandola, l'Autore opina che la sua glandoletta debba essere congiunta alla sotto-mascellare, designandola col nome di glandola *sotto-mascellare accessoria.*

Il fatto anatomico avvertito dal Nitot merita particolare considerazione anche dal lato patologico, specialmente per la ranula, poichè, come ben dice l'Autore, si può comprendere come sia possibile l'obliterazione del canaletto escretore della glandola accessoria, restando permeabile il canale di Warthon.

G. Zoja. — **Sulla permanenza della glandola timo nei fanciulli e negli adolescenti.**

La Memoria venne pubblicata negli *Annali Universali*, ecc. Parte originale. Vol. 259 a pag. 516, Anno 1882.

Vi rimandiamo il lettore.

L. Tenchini. — **Il liquido Pollacci usato per la conservazione de' preparati anatomici.**

È una *Nota preventiva* pubblicata negli *Annali Universali*, ecc. Parte originale. Vol. 259 a pag. 514, Anno 1882.

Vi rimandiamo il lettore.

Lachi e Bianchi. — **Di un preparato anatomico del sistema nervoso della vita animale.** Siena, 1882. (*Atti della R. Accademia dei fisiocritici.* Sez. III. Vol. III).

Gli autori danno relazione di un loro preparato anatomico, il quale presenta *a nudo* tutto il centro nervoso cerebro-spinale coi tronchi che ne derivano, seguiti nelle loro principali diramazioni.

Per questa paziente dissecazione fu scelto un giovanetto, nel cadavere del quale venne prima injettata, per un'arteria femorale, una soluzione acquosa di cloruro di zinco al 60 per 100 circa. Gli autori incominciarono la dissezione dagli arti inferiori, e giunsero su su fino alla midolla spinale ed all'encefalo. Della colonna vertebrale levarono dapprima i corpi delle vertebre, come del cranio tolsero la base.

Per la conservazione di questo preparato assai complesso, si usò il metodo Giacomini col cloruro di zinco, alcool e glicerina. Questi liquidi, che diedero ottimi risultati in ispecie per la massa encefalica, furono già adoperati, come gli autori dichiarano, dal Giacomini stesso per una preparazione consimile.

Gli autori distesero il *pezzo* sopra una *tavola nera* e si servirono di *punte di cattus* per tener distinti e separati i vari rami nervosi nei piani diversi da essi naturalmente occupati.

## II.

## Anatomia anomala.

L. Moschen. — **Sulla anomala divisione della apofisi mastoidea in crani umani adulti.** (*Bollettino della Società Veneta-Trentina di scienze naturali*, Tomo II, N. 2. Padova, 1881).

L' Autore discorre ora con maggior diffusione di quella usata in una precedente Memoria sua e del prof. Canestrini (*Anomalie del cranio trentino*) della divisione anomala dell'apofisi mastoidea nell'uomo adulto. Non fa che confermare in proposito le opinioni di Calori (di cui confessa di non aver conosciuto prima il bel lavoro: *Dell'abnorme separazione della porzione squammosa dalle altre dell'osso temporale*, ecc.) e di Amadei, il quale pur non avendo conoscenza degli scritti di Moschen e Canestrini e dello stesso Calori, scrisse la pregevole Memoria: *Il processo paraoccipitale e la pars mastoidea del temporale dei mammiferi nell'uomo* (1).

L. Tenchini. — **Della fossetta occipitale mediana.** (Con una figura litografata).

Questa Memoria venne pubblicata negli *Annali Universali*, ecc. Parte originale. Vol. 257. Anno 1881.

Vi rimandiamo il lettore.

Théophile Chudzinski. — **Contributions à l'étude des variations musculaires dans les races humaines.** (*Contribuzione allo studio delle varietà muscolari nelle razze umane*). In: *Rev. d'anthr.* Onz. Année. Deux. sér. Tom. cinq., 1882. Deux. fasc. a pag. 280.

Lo studio delle *varietà* alle quali vanno incontro gli organi numerosissimi e complicati della macchina umana, considerati nelle varie razze, ha oggi acquistata una importanza grandissima per tutte quelle illazioni scientifiche che, antropologicamente parlando, se ne possono dedurre.

L' Autore già altre volte, nel 1873 e 1874, s' era occupato di questo argomento con profitto; ora colla Memoria attuale intende di continuare le sue ricerche, dando relazione della minuta sezione praticata in *sedici nuovi cadaveri di razze esotiche.* Sono ricerche iniziate sotto la direzione di Paolo Broca e meritano encomio.

---

(1) Tanto di quest'ultima come della Memoria di Canestrini e Moschen e di quella di Calori gli « Annali Universali » diedero già un esteso riassunto.

Lo scritto che abbiamo sott'occhio non rappresenta che una parte dell'intero ed esteso lavoro che l' Autore ha in animo di pubblicare. Egli intende di passare in rassegna tutti i sistemi dell'organismo, compresa la parte che spetta alla splancnologia e all' apparecchio nervoso, notandone e descrivendone le principali anomalie incontrate. Per ora dà conto delle sole varietà muscolari, eliminando da queste quelle che si riferiscono ai muscoli della faccia, le quali dovranno formare argomento di un lavoro speciale, che l' Autore si riserba di far conoscere più tardi.

La Memoria si compone di diversi capitoli. Nel primo sono descritti *i muscoli del dorso e del collo*, nel secondo i *muscoli del tronco*, nel terzo i *muscoli degli arti superiori*. E qui finisce la parte di lavoro che venne fino ad oggi pubblicata.

La natura dello scritto non ci permette di discendere a dettagli. Sono osservazioni pregevoli, onde noi ci auguriamo di vederle prossimamente complete.

Denti e Berra. — **Di una concomitante anomalia arteriosa e nervosa.** (*Gazzetta degli Ospitali*, Anno III. N. 46, Milano 1882, pagina 362, con figura).

È la descrizione di un nuovo caso in cui l' arteria succlavia destra trae isolatamente dall'arco aortico, a sinistra di tre altre grosse arterie, le due carotidi primitive, cioè, e la succlavia sinistra. Per portarsi a destra le succlavia percorre un tragitto maggiore del solito, e passa fra la colonna vertebrale e l'esofago.

Questo è il fatto più importante osservato: a ciò si aggiunge: 1.° la mancanza di un tronco brachio-cefalico arterioso; 2.° l'esistenza di un tronco bicarotideo, poichè le due carotidi primitive alla loro origine sono per piccolo tratto fuse assieme; 3.° una anomalia nel nervo ricorrente di destra. Questo nervo si può dire che manchi, e che sia invece sostituito da filamenti nervosi, i quali derivano da un intricato plesso che alla regione laterale destra del collo il nervo decimo forma col simpatico.

Il caso è molto simile a quello illustrato nel 1872 dal prof. Zoja (*Sulla coincidenza di una anomalia arteriosa con una nervosa*, Milano 1872); ne differisce alquanto tuttavia per la disposizione del nervo laringeo inferiore.

Gli autori ricordarono anche altri che dissero della varietà di cui è cenno. Non parlarono però della Nota recente del dott. Cesaris, nella quale avrebbero potuto trovare un altro esemplare assai simigliante a quello da essi raccolto, almeno per ciò che concerne l'arteria succlavia destra. (Vegg. per ciò: G. Cesaris. *Rara coincidenza d' anomalia dell'arteria succlavia destra e dell'arteria vertebrale destra in Boll. scient.* Anno II, maggio 1880, N. 2 a pag. 26. Gli *Annali* (Parte Rivista 1880), diedero già un sunto di questa Memoria).

A. INCORONATO. — **Di alcune anomalie del sistema vascolare**, Roma, 1881. (Estratto dal *Bollettino della R. Accademia medica* di Roma).

Con questa Memoria vengono studiate quattro anomalie. La prima riguarda la *vena ipogastrica destra*, la quale, solo unita per due ramuscoli alla vena crurale del proprio lato, si getta per la massima parte nella vena iliaca primitiva di sinistra. — Colla seconda varietà viene descritta l' *arteria succlavia destra* che trae origine isolatamente dall' arco aortico, a sinistra di tre altri grossi tronchi i quali, pur spiccandosi dal medesimo arco, sono la carotide destra, la carotide sinistra la succlavia sinistra. Il vaso così traslocato raggiunge l'arto superiore, a cui è destinato, passando dietro l'esofago e la trachea, fra questi organi e la colonna vertebrale. — La terza anomalia si riferisce pure ai rami che si staccano dall'arco dell'aorta, ma in questo caso trovansi soltanto due cospicui tronchi, uno a destra voluminosissimo che dà le due carotidi e la succlavia destra, ed uno a sinistra, meno grosso, che costituisce la succlavia sinistra. Oltre a ciò notasi l'arteria tiroidea ima che si stacca dalla carotide primitiva destra, per toccare il lobo destro della glandola tiroidea. — L'ultima anomalia si riferisce ad un' arteria ascellare non collocata frammezzo alle radici del corrispondente nervo mediano. Nell' occhiello nervoso che formano nel cavo ascellare queste radici trovasi invece un ramo arterioso anomalo che, originato dall'ascellare, ci dirige in basso a dare le arterie circonflesse omerali, la scapolare inferiore e la omerale profonda.

L' Autore trascura affatto di accennare alla bibliografia che si riferisce ai punti trattati. Le varietà descritte non sono certamente nuove. Ci duole di non veder raccolti, sui casi anomali narrati, maggiori particolari a più ampia illustrazione delle varietà descritte.

L' Autore accenna in breve all' importanza pratica specialmente dell'anomalia che concerne l'art. ascellare, e chiude la memoria con alcune considerazioni di embriogenia e di anatomia comparata.

Accompagnano lo scritto quattro disegni che rappresentano con sufficiente chiarezza le anomalie trattate.

C. TARUFFI. — **Sulle anomalie delle vene azigos ed emiazigos.** Bologna, 1882. (Estr. dalla ser. IV, Tomo II, delle *Memorie dell'Accad. delle scienze dell' Istituto di Bologna* e letta nella sessione 15 dicembre, 1881).

L'Autore riferisce d'aver trovato nel cadavere di una donna alta 1610 mill., *dell'apparente età di ottanta anni*, la vena emiazigos che, avuta la sua origine come di solito, sboccava nella cava discendente dal lato posteriore, dopo di essersi portata alquanto a destra, dietro l'aorta e l'esofago, per giungere sul bronco destro, cui cavalcava immediatamente prima del suo sbocco. Poco dopo l'origine il vaso « riceveva « al di dietro dell'aorta una vena, grossa quanto una penna da scrivere,

« che dal lato destro del corpo delle vertebre dorsali andava al sini-
« stro; questa non era che l'azigos, la quale, in luogo di continuare il « suo corso ascendente, si versava nel luogo anzidetto nell'emiazigos. »

Alla descrizione l' Autore fa seguire, colla usata erudizione, alcuni cenni bibliografici che riguardano l' argomento, pei quali conchiude: 1.° che l'immissione della emiazigos nella cava discendente era bensì già stata notata, ma solo due volte: da Blasio e da Sandifort; 2.° che pure venne osservato lo sbocco dell'azigos lungo il corso dell'emiazigos, ma raramente *non essendo stato veduto che da* Wrisberg e da Meckel; 3.° che niun caso si trova nella letteratura anatomica in cui le due anomalie sieno state rinvenute ad un tempo nello stesso individuo.

L' Autore chiude la *nota* ricercando se per avventura negli animali della varietà descritta si trovi la corrispondenza normale. In questo esame riferisce le notizie date in proposito da Riccardo Owen, e dichiara che, nel caso raccontato, le analogie cogli animali sono assai remote, e che *ogni somiglianza poi scompare ricordando* che nella presente osservazione l'*azigos metteva foce nell'emiazigos.*

Una figura assai nitida illustra il dettato.

C. Giacomini. — **Varietà delle circonvoluzioni cerebrali dell'uomo.** Torino, 1882 (in 8° di pag. 205).

Il difficile argomento delle numerose *varietà* alle quali vanno soggette le circonvoluzioni cerebrali del cervello umano è trattato con molta diffusione, e l'Autore per ciò si servì di un ricco materiale, quale gli venne fornito dall'accurato esame di circa 200 cervelli appartenenti ad individui di diverso sesso ed età, ed a svariate condizioni sociali. Figurano alcuni delinquenti (22) ed alcuni militari (35) delle diverse regioni d'Italia.

Il libro serve a completare l' altro che l' Autore stesso pubblicò, or non è molto, sulle circonvoluzioni cerebrali (1).

Nel *Proemio* della pregevole Memoria trovansi alcune considerazioni generali intorno al tema trattato, e vediamo anche svolte le modificazioni che Giacomini stimò necessario di fare al suo processo speciale di conservazione dell' encefalo, quello che oggi si è fatto, nelle scuole di anatomia, di uso comune (2). Principali fra queste modificazioni sono la dosatura precisa determinata del cloruro di zinco, che deve essere sciolto nell'acqua, senza che sia a saturazione, e l'omissione della inverniciatura de' *pezzi*, per evitare l'inconveniente che essa aderisca alla parte che serve di sostegno al preparato.

---

(1) Giacomini. « Guida allo studio delle circonvoluzioni cerebrali dell'uomo. » Torino, 1878. — Vedi anche

(2) Giacomini. « Nuovo processo per la conservazione del cervello. » Torino, 1878.

L'indole del lavoro ci impedisce di seguire l'Autore in tutti i dettagli della sua chiara ed erudita esposizione. Le divisioni e la nomenclatura delle circonvoluzioni e delle scissure de' vari ordini sono le medesime che l'Autore seguì nella memoria citata sull'anatomia delle circonvoluzioni cerebrali. Molte *varietà* descritte dagli autori vengono qui confermate, e non poche altre furono dall'Autore o meglio o la prima volta descritte. Sono in ispecial modo poi interessanti le nuove osservazioni fatte sul cervello dei delinquenti, le quali sotto molti riguardi discordano da quelle annunciate in proposito principalmente da Benedickt.

Molte figure e vari prospetti riassuntivi intercalati nel *testo* illustrano pienamente la Memoria, la quale per la accurata descrizione degli esemplari esaminati e per l'acutezza delle osservazioni, si raccomanda in maniera speciale allo studioso. Per il grande sviluppo che oggi prese l'anatomia del cervello torna indispensabile di non trasandare alcuna delle particolarità anatomiche che il nobilissimo viscere presenta, nella speranza che questo studio diligente abbia a spandere, in un tempo non lontano, viva luce nel campo, in molti punti ancora controverso, della fisiologia cerebrale (1).

L. Tenchini. — **Singolare deformità del verme cerebellare in un uomo adulto a tardo sviluppo intellettuale.** (Con una Figura litografata).

Questa *nota* trovasi negli *Annali Universali*, ecc. Parte Originale. Vol. 255, 1881.

Vi rimandiamo il lettore.

L. Tenchini. — **Incompleto sviluppo del lobo mediano del cervelletto in un bambino di otto mesi.** (Con una Figura litografata).

Questa *nota* trovasi negli *Annali Universali*, ecc. Parte originale. Vol. 259, Anno 1882.

Vi rimandiamo il lettore.

L. Calori. — **Sull'alta divisione del nervo grande ischiatico, considerata come differenza nazionale e sulle varietà del muscolo piriforme.** Bologna, 1881. (Estr. dalla Ser. IV, T. II, delle *Mem. dell'Accad. delle Scienze di Bologna* e letta nella Sess. 17 novembre, 1881) (con figure).

La Memoria prende a considerare una antica asserzione di Rosenmüller, che cioè la precoce divisione del nervo grande ischiatico sia più propria de' popoli settentrionali d'Europa che de' meridionali. Questa

(1) Veggasi per ciò la precedente *Rivista fisiologica* a pag. 25.

differenza non sembra consentita da Meckel, poichè questi, annunciatala appena, soggiunge di non averla mai osservata. Ora l'Autore, prendendo le mosse da tale punto, colla usata erudizione, osserva giustamente che i principali autori tedeschi di anatomia umana (Walter, Fischer, Henle, Valentin, Hyrtl, Luschka, Rüdinger, ecc.,) trovarono assai spesso che il grande nervo ischiatico si biforca più sopra del cavo popliteo, con una frequenza che certamente da noi non si verifica. Quello che comunemente si ritiene anomalia relativamente rara, sembra, leggendo gli autori citati, invece fatto ordinario o quasi. Calori riferisce le sue osservazioni originali e dice che su cinquanta cadaveri, all'uopo esaminati (36 mascolini e 14 femminili) trovò la varietà, di cui è cenno, soltanto 13 volte, 4 in donne e 9 in uomini. L'Autore descrive le varie maniere colle quali l'anomalia può presentarsi, sia o no concomitante ad anomalie del muscolo piriforme.

L'Autore, colpito da quello che scrivono i principali anatomici tedeschi i quali presumibilmente avranno fatte indagini sopra individui de'popoli settentrionali, ritiene necessario *novelle osservazioni che confermino o smentiscano a pieno la sentenza del Rosenmüller*, per vedere se realmente l'accennata differenza nazionale esiste, come si può dubitare pensando alle osservazioni che sul grande nervo ischiatico si sono istituite fra noi.

Nella seconda parte della Memoria l'Autore tratta delle principali anomalie alle quali va soggetto il muscolo piriforme, rappresentandole con opportune *figure*, così come fece di quelle che riguardano il nervo grande ischiatico. Le studia partitamente, richiamando quello che ne dissero gli scrittori principali, ed associa alla descrizione alcune considerazioni di zootomia.

Crediamo opportuno di riportare, per ciò che riguarda il muscolo piriforme, le conclusioni testuali dell'Autore:

« Le varietà del muscolo piriforme sono di difetto o di eccesso; esse « in gran parte risolvonsi o in disgiunzioni di parti che dovrebbero « essere normalmente congiunte, o in coalizioni di parti che dovreb- « bero essere normalmente disunite.

« Esse costituiscono analogie animali, aumentando il numero delle « prove, già per sè grandissimo e ridondante, di un piano generale « nella organizzazione animale, sussistendo però sempre le individualità « o i tipi speciali che la compongono, pei quali il vario si appalesa « nell'uno.

« Le riscorse varietà vanno spesso, e non sempre, di conserva col- « l'uscir doppio della pelvi il nervo grande ischiatico, o vero con la « divisione intrapelvica di esso, non essendovi tra questa e quelle rap- « porti essenziali. »

L. Calori. — **Di una inversione splancnica generale nell'uomo accompagnata da alcuni notabili del capo con esso lei convenienti e da estranee anomalie.** Bologna, 1881. (Estr. dalla Ser. IV, Tom. II delle *Memorie dell'Acc. delle Scienze dell' Istituto di Bologna* e letta nella sessione 17 novembre 1881).

Ecco una nuova descrizione di inversione splancnica generale nell'uomo, trovata dall'Autore in un individuo sessantenne, cuoco, muscoloso e robusto, con una statura *maggiore dell'ordinaria.*

L'Autore, ricordati i principali casi consimili che figurano nella letteratura anatomica, descrive il suo con grande cura, e ne rileva tutti i più minuti particolari che interessano non solo la scienza pura, ma bensì anche la pratica. È una preziosa monografia, accompagnata da alcune considerazioni interessanti di zootomia.

Rileva poi l' Autore parecchie anomalie concomitanti, che sono ritenute nuove in soggetti che presentarono la totale trasposizione de' visceri. E siffatte varietà, con ogni diligenza descritte, sono: « il piccolo « omento od epiploon iliaco (omentulum iliacum); il non passare l' arteria succlavia sinistra tra gli scaleni, ma davanti lo scaleno anteriore; l' esistenza di un' arteria bronchiale anomala molto grossa ed « anche una dilatazione o varice aneurismatica: arteria proveniente da « un ceppo comune alla coronaria stomatica superiore, sorto dal tronco « della celiaca, e pertinent'essa al solo polmone destro: la quale anomalia non era mai stata osservata nell' adulto, ma solo con qualche « differenza in due fanciulli: l' esistenza di 31 vertebre, essendo l' aumento d'una nella regione lombare, ed infine il trovarsi otto costole « sternali a sinistra, essendone pur normale, cioè di dodici, il loro numero in ambedue i lati. »

Otto figure litografate assai nitide, disposte in due tavole, completano ed illustrano la pregevole Memoria.

G. Zoja. — **Alcune varietà dei denti umani** (*Bollettino scientifico* redatto dai professori L. Maggi, G. Zoja e A. De Giovanni, Anno III, N. 3. Pavia, dicembre 1881).

In questa nota sono descritti sei casi delle più singolari anomalie osservate nei denti raccolti dall'Autore pel gabinetto di anatomia umana dell'Università di Pavia.

Il I.° caso si riferisce al *dente incisivo medio superiore sinistro di un adulto*, il quale è completamente sviluppato, ma un po' più piccolo dell'ordinario: è lungo 23 millimetri e pesa un grammo e un centigrammo. L' anomalia principale di questo dente consiste in un solco molto profondo che dalla corona va fino all'apice della radice, visibile solo sulla faccia posteriore.

Il 2.° caso riguarda il *dente incisivo medio superiore destro di adulto* che è lungo 21 millimetri e pesa un grammo e venti centigrammi. In questo dente si osserva, sulla faccia anteriore, un solco longitudinale

ben manifesto, e sulla faccia posteriore invece una cresta verticale, parallela al solco anteriore. Per questa disposizione l'estremità libera della corona presenta un aspetto stellato e triangolare, simile alla cicatrice della sanguisuga.

Il 3.° riguarda i *due denti incisivi superiori del lato sinistro di un adulto*, totalmente fusi insieme nelle facce rispondentesi, tanto alla corona che alla radice. Sono egualmente lunghi 20 millimetri.

Il 4.° si riferisce ai *due denti incisivi inferiori sinistri di un adulto*, che sono saldati assieme per tutta l'altezza delle facce laterali corrispondentesi della radice e della metà inferiore della corona. Hanno la stessa lunghezza di 22 mill. e pesano in tutto un grammo e quindici centigrammi.

Il 5.° riguarda i *due denti incisivi inferiori del lato destro di un bambino*, che sono completamente saldati assieme, tanto alla corona che alla radice, per le facce corrispondentesi. Questi due dentini hanno la medesima lunghezza di 16 millim. e pesano quaranta centigrammi.

L'ultimo caso è dato dal *secondo grosso molare inferiore destro di un adulto*. Questo dente porta un grosso tubercolo, di un aspetto simile alla corona di un piccolo canino da latte, impiantato sul colletto delle faccia esterna (*dente di smalto a germoglio*). Il dente in totale è lungo 17 millim. e pesa un grammo e quaranta centigrammi. Il tubercoletto anomalo è lungo 5 millim. e grosso millim. 4.

E. Luxardo. — **Di una importante anomalia uro-genitale.** (*Giorn. intern. delle scienze mediche.* Anno IV, Fasc. 5.° e 6.°, 1882 a pag. 449).

Trattasi di un caso assai interessante trovato in un *robusto giovanotto sui venti anni nativo di Zara*, il quale all'apice del glande presenta, anzi che una sola, tre aperture l'una all'altra sovrapposta. Di queste, la superiore dà uscita allo sperma, la inferiore all'urina, e la intermedia, piccolissima, assai probabilmente all'uno e all'altro umore insieme. I canali che fanno seguito agli orifizi superiore ed inferiore sono fra di loro perfettamente indipendenti; i due invece inferiori non lo sono. L'Autore dichiara di non aver potuto insistere in tutte quelle esplorazioni che sarebbero tornate necessarie per illustrare completamente il caso, perchè l'individuo esaminato si rifiutava dal sottoporsi ad indagini minuziose.

La nota termina ricordando i pochissimi esempi che la letteratura anatomica registrò di fatti analoghi a quello dall'Autore narrato.

G. Calderini. — **Alcuni vizi congeniti dell'apparato genitale.** (*Bull. delle Scienze med. di Bologna*, Ser. VI, Vol. IX).

Quello che l'Autore oggi presenta è il frutto di osservazioni fatte in un decennio circa, quasi tutte nell'Istituto Ostetrico di Parma.

Nell'opuscolo trovansi succintamente e in modo chiaro descritte prima

le anomalie riscontrate nell'*apparato femminile* (1.ª parte) poscia quelle rinvenute nell'*apparato maschile* (2.ª parte).

Fra le prime trovansi; *a*), anomalie delle mammelle; *b*), dei genitali esterni; *c*), della vagina; *d*), dei genitali interni.

Fra le varietà dell'apparato maschile l'Autore rinvenne pochi esempi meritevoli di menzione. Descrisse: *a*), un caso di saldatura del prepuzio col glande; *b*), alcuni esemplari di ipospadia di vari gradi; *c*), un caso di idrocele congenito della vaginale del testicolo non comunicante col cavo peritoneale.

Il grande numero delle persone esaminate (10,000 circa) da cui l'Autore trasse le varietà anatomiche illustrate, costituisce certamente un materiale così ricco, da rendere le osservazioni, sotto vari aspetti, pregevoli.

## III.

## Anatomia topografica.

P. Tillaux. — **Traité d'anatomie topographique avec applications a la chirurgie.** ( *Trattato d' anatomia topografica con applicazioni alla chirurgia*, 3.ª ediz. Paris 1882).

Questo eccellente Trattato di Anatomia topografica appare ora, colla sua terza edizione, *riveduto*, *corretto*, ed *aumentato*.

Le lacune, che già lamentammo per ciò che riflette l'anatomia del tronco e degli arti, si trovano in grande parte riempiute. Furono aggiunte undici nuove figure originali bellissime, e da 258, quali erano nella seconda edizione, furono portate a 269.

Il libro aggiunse così nuovi pregi ai molti già da noi rilevati quando parlammo delle sue precedenti edizioni. Tillaux offre allo studioso una ottima guida, vuoi per quanto riguarda la pura anatomia, vuoi per quello che concerne le applicazioni alla chirurgia.

Cadiat. — **Traité d'anatomie générale appliquée à la médicine.** (*Trattato di anatomia generale applicata alla medicina*).

Sono due grossi volumi in 8.° ricchi di pratiche considerazioni, e per ciò utili ed interessanti.

Arthur Mathewson. — **The Anatomy and Surgery of the Eustachian Tube.** (*Anatomia e chirurgia della tuba eustachiana*). In: *Annales of the Anatomical and Surgical Society*. Vol. II, N. 3. March 1880, a pag. 81.

La Memoria interessa l'anatomia topografica poichè l'Autore intende di dimostrare e di precisare i rapporti rigorosi della tromba d'Eustacchio nelle cavità orale e nasali, facendo seguire alla descrizione le considerazioni pratiche, relative massime alla siringazione della tuba. Alcune figure, sufficientemente chiare, sono intercalate nello scritto.

TANSINI IGINIO. — **Delle anomalie anatomiche più importanti per la medicina operatoria.** (*Gazzetta degli Ospitali.* Gennajo e febbrajo 1882).

Con questa Memoria l'Autore si prefigge di raccogliere brevemente tutte le principali anomalie che si incontrano nell'organismo umano e che direttamente riguardano la medicina operatoria. Il lavoro si compone di varj capitoli.

Premesse, a mo'di esordio, alcune considerazioni generali, la prima parte dello scritto tocca delle anomalie dello scheletro, la seconda tratta quelle dei muscoli, la terza le varietà dei visceri, e la quarta raccoglie le anomalie arteriose. Più assai che nei primi capitoli, l'Autore si diffonde nell'ultimo, poichè sono indubbiamente sopra tutte utilissime a conoscersi pel chirurgo le disposizioni ed i rapporti eccezionali dei vasi arteriosi cogli organi vicini. Sono considerate partitamente le precipue arterie del tronco e degli arti, e per ciascuna ricordati gli Autori che registrarono qualche importante varietà. È un lavoro che, nella sua brevità, può tornare vantaggioso al pratico, poichè trovansi innestate non poche considerazioni riguardanti la medicina operatoria.

---

# BIBLIOGRAFIA

**Anno sesto e settimo di Clinica Chirurgica nella Regia Università di Roma;** del prof. COSTANZO MAZZONI. Un volume in 8.° grande di pag. 252 con 3 tavole litografate e 12 figure. Roma 1881.

Proseguendo il prof. Mazzoni nella pubblicazione delle sue relazioni cliniche, sempre più fa nascere il desiderio che abbia ad avere un maggior numero di imitatori; i quali, al pari di lui, non esitino a porgere ai pratici studiosi il frutto della loro esperienza, fortunata o no ma pur sempre conscienziosa, e che concorrendo al progresso scientifico abbia a precipuo scopo quello di giovare a' malati.

E che tale sia l'intendimento del prof. Mazzoni, lo rivela già senz'altro l'aver egli dedicato il suo libro all'illustre chirurgo Ferdinando Palasciano, quale iniziatore della neutralità dei feriti in tempo di guerra e strenuo campione dell'igiene degli spedali.

Mosso indi dall'amore che egli porta alla scienza antica e per tenere desto anche nei giovani il ragionevole ossequio alla tradizione e meglio indirizzare la loro mente allo studio dei tesori dell'arte vetusta, il prof. Mazzoni esordisce con un rapido esame sulla chirurgia di Oribasio che successore a Celso e Galeno, con tanto rispetto molti ne raccoglieva e tramandava; sebbene non venissero poi dalla generalità dei medici e chirurghi riconosciuti, amando essi di ascrivere a progresso ed innovazione ciò che quel celebre anatomico, fisiologo, medico, chirurgo, ginecologo, pediatrico e filosofo già avea insegnato. Per dire infatti di ciò che specialmente impressiona, cioè della chirurgia operatoria, accenneremo all'ampia spaccatura dei seni peri-anali, alla fognatura, all'estirpazione delle fistole, alla raschiatura delle ossa, alla anestesia locale, alla uretrotomia interna con successivo cateterismo mediante minugie di pergamene foggiate a tubo; nè manca un accenno alla cura disinfettante quando dice del trattamento delle fratture esposte mediante continue affusioni di vino.

Ma di quest' ultimo genere di medicatura, e sempre a maggior conferma del *nil sub sole novum*, parla l'Autore nel suo discorso « *Sull'igiene dell'operato* » tenuto agli allievi nella chiusura della clinica e che pone quale introduzione alla sua relazione. In quel discorso, dopo avere accennato alle regole igieniche suggerite da Ippocrate e tenuto dietro al posto ed all'incremento che andarono prendendo in Italia, le espone a seconda che applicare si debbano prima, durante e dopo l'operazione; se-

guendo in ciò specialmente i precetti di Lister e le modificazioni successive, piacendogli per altro di far rilevare come fino da due secoli fa un nostro italiano, Cesare Magati da Scandiano, in una sua preziosa opera (*De rara vulnerum medicatione, seu de vulneribus raro tractandis*. Libri duo, Venetiis, apud Io. Jacobum Herz. MDCLXXVI), esponesse idee che si avvicinano a quelle del Lister. Anche quegli riconobbe la nociva influenza dell'aria sulle ferite e volle allontanarla, anch'egli fu colpito dalla facilità della guarigione nelle fratture semplici in confronto delle complicate e volle porre le parti così lese in condizioni consimili a quelle, ed anche nella scelta degli amminicoli si accosta talmente alla pratica Listeriana « da fare ritenere che l'inventore della *medicatura occlusiva asettica* siasi inspirato sull'opera del chirurgo di Scandiano. »

Tanto al Magati quanto al Lister stette innanzi una stessa meta: « privare le ferite dell'aria. » Amendue procurarono di raggiungerla colla medicatura occlusiva, amendue ebbero ferma convinzione nel loro metodo e nei loro principii. Ma nel primo fu un convincimento per semplice induzione, fu una fede cieca che lo trasportava a dogmatizzare che chi era con lui era nella verità, chi era fuori di lui era nell'errore. Il secondo è convinto per fatti sperimentali di una ineluttabile evidenza. Il primo è costretto a servirsi di mezzi semplici per attuare il suo metodo; il secondo invece adopera mezzi meglio rispondenti al principio propostosi. Pel primo la rara medicatura era una teoria, nel secondo il metodo asettico è una scienza. Pel primo era un volere, pel secondo è un dovere. Sovratutto si deve riconoscere che senza il Lister, che spinse a retrospettive ricerche, anche la pratica del Magati avrebbe continuato a giacere nel profondo oblio, mentre ora perfezionata ed in possesso della chirurgia sommamente contribuisce ai trionfi di questa. Splendida prova ce ne offre anche il prof. Mazzoni, il quale, direttore di una clinica la meno igienica di tutte le altre d'Italia, seppe ottenere coll'aiuto dei mezzi antisettici felicissimi risultati, avendo nell'anno 1880 su 140 operati di gravi e grandi operazioni medicate tutti alla Lister, avuto soli 7 casi di decesso, non uno di pioemia.

Consimili risultamenti noi non possiamo rintracciarli nel Resoconto del quale teniamo parola, ove per altro con compiacenza osserviamo come nella somma di 313 ammalati di chirurgia curati nel biennio 1878-79, nel qual tempo la medicatura alla Lister era assai imperfettamente applicata, siansi lamentati soltanto 11 decessi, cioè il 3,5 per 0/0.

Dei più importanti degli accennati casi non mancheremo di farne parola nella *Rivista di Chirurgia*, ove troveranno posto più adatto che non in un breve cenno bibliografico, od ove per i più facili raffronti viemmaggiormente varranno a fare apprezzare il sapere e la valentia dell'Autore.

A. Scarenzio.

**Intorno alla craniologia degli alienati.** — Studio in sessantasei teschi del dott. GIUSEPPE PELI, Dissettore presso il Laboratorio d'anatomia patologica della R. Università di Bologna. Bologna, Tip. Gamberini e Parmeggiani, 1882, 4.° (1).

Questo lavoro ha il pregio di non rassomigliare ad altre pubblicazioni affini, le quali imbastite alla meglio dai loro autori, per soverchia smania di tormentare i torchi, lasciano troppo a desiderare dal lato dell'esattezza delle osservazioni e da quella specialmente della aggiustatezza dei raffronti e della sodezza delle induzioni.

Quando si asserisce che il lavoro del dott. Peli è completo tanto nella parte storica, quanto nella critica, e che è condotto egregiamente, per ciò che riguarda la parte delle osservazioni, dei confronti e delle tabelle illustrative, nulla si dice che non sia vero.

Il lavoro stesso poco si presta ad essere convenientemente riassunto, irto com'è di cifre e di quadri, che, per ragione di chiarezza, vorrebbero essere ripetuti per intero. Non potendolo fare e volendo pur offrirne un saggio ai lettori degli *Annali*, ci limiteremo a riferire quanto nel medesimo ci parve più degno di essere preso in considerazione.

L'Autore fece i suoi studi sopra 66 teschi di pazzi esistenti nel Museo d'anatomia patologica dell'Università di Bologna, quasi tutti in buonissimo stato, sezionati orizzontalmente e distinti in crani di *maniaci* 24, di *monomaniaci* 13, di *lipemaniaci* 5, di *dementi* 21, di *idioti* 3.

In tali teschi l'Autore determinò le dimensioni del capo e della faccia, ed ordinò i risultati delle misure secondo la disposizione per serie, detraendone la media, per compararla colla media aritmetica e paragonare poi le due medie suddette con quelle di altrettanti teschi normali, giovandosi delle misure ricavate soprattutto dall'illustre Calori in crani di Bolognesi.

Dalla misura dei diametri dei crani pazzeschi e dalla determinazione dell'indice cefalico l'Autore viene alla conclusione che i crani stessi, tanto per media aritmetica, quanto per serie, si mostrano più lunghi dei crani normali, come era stato già da altri dimostrato. Anche l'indice verticale segna un'altezza del cranio pazzesco più grande di quella del normale, limitatamente al sesso maschile, non avendo potuto l'Autore istituire eguali confronti colle misure dei crani normali di sesso femminile.

Le curve orizzontale ed occipito-frontale trovansi pure più lunghe; la sopra-auricolare è circa eguale a quella dei crani normali.

Il peso dei crani stessi e la loro capacità danno cifre più elevate

(1) Estratto dalle « Memorie dell'Accademia delle scienze dell'Istituto di Bologna. »

delle medie spettanti ai crani normali e l'indice orbitale si mostra più elevato.

L'Autore passa poi alle deformità notate nei singoli teschi, disposte secondo l'ordine di frequenza. Le più comuni sono: l'ineguaglianza dei solchi pei seni venosi trasversi (78,79 %), la caducità dei denti (71,21 %), la profondità superiore alla normale nelle impressioni dei corpi di Pacchioni (66,67 %), la profondità maggiore dell'ordinaria nei solchi arteriosi della volta craniense (65,15 %), l'asimmetria del cranio, con predominanza della metà destra sulla sinistra (51,51 %), l'ingrossamento del tavolato osseo della volta craniense (50, %), la mancanza di uno dei fori parietali (43,94 %), la presenza delle ossa intercalari o delle suture (40,90 %), le traccie di sutura intermascellare superiore (39,39 %), l'asimetria del cranio con predominanza del lato sinistro sul destro (34,85 %), la compattezza del tavolato osseo (33,33 %), la profondità o larghezza della sella turcica, maggiore o minore della normale (31,82 %), l'osteoporosi ai lati del solco longitudinale (30,30 %), l'ineguaglianza dei condili occipitali (30,30 %), la mancanza di entrambi i fori parietali (28,79 %), la notevole profondità delle impressioni digitate alla superficie interna della volta e della base del cranio (27,27 %), l'ineguaglianza dei tubercoli giugulari (25,76 %), la profondità delle fosse canine (21,21 %), l'appianamento della parte posteriore del cranio (21,21 %), il prognatismo alveolare (21,21 %), la varietà dei fori mastoidei (18,18 %), l'ineguaglianza delle fosse della base del cranio (18, 18 %), la mancanza di uno dei fori sapraorbitali (18,18 %), la presenza di osteofiti (16,67 %), la prominenza dei seni frontali (16,67 %), la depressione fra le ossa parietali ai lati della loro sutura (16,67 %), la scomparsa precoce delle suture (15,15 %), la profondità notevole del solco longitudinale (15,15 %), la notevole profondità delle fosse della base del cranio (15,15 %), l'asimetria del cranio con compenso fra le due metà di essa (13,64 %), le traccie di sutura medio frontale (13,64 %), l'irregolarità del forame occipitale (13,64 %), lo sviluppo enorme dell'apofisi cristagalli (12,12 %), la squama occipitale molto arcuata o rilevata col suo margine sui parietali (10,60 %), il deficiente sviluppo delle bozze frontali (9,09 %), la squama occipitale poco arcuata verso la base del cranio (9,09 %) ed altre anomalie meno frequenti, ma di non poca importanza, quali: la persistenza dell'intera sutura medio-frontale (7,57 %), l'eccessivo sviluppo delle bozze frontali (7,57 %), la prominenza notevole del sincipite (6,06 %), la persistenza delle suture (4,55 %), l'esistenza della fossetta occipitale media (4,55 %), le traccie di idrocefalia acquisita (4,55 %), ecc., ecc.

Intorno alla frequenza con cui tali anomalie si possono trovare l'Autore non tace le discrepanze insorte fra i vari osservatori ed anzi le differenze notate in proposito sono riferite scrupolosamente in apposito quadro di confronto. A questo seguono importanti considerazioni, in base ai dati somministrati dall'osservazione dei crani normali. Rela-

tivamente alla capacità del cranio, stando agli studi di Le Bon, nei sani si troverebbe una predominanza del lato destro sul sinistro in proporzione del 43,56 %; del sinistro sul destro in proporzione del 38,67 %; nel pazzo l'Autore avrebbe trovata in proporzione del 7,95 % una maggiore capacità della metà destra del cranio e più raro il compenso fra una parte e l'altra del cranio medesimo. La persistenza della sutura medio-frontale nei crani dei mentecatti parrebbe meno frequente del normale, avendola Welcker e Thurmann trovato del 10,10 %, Topinard del 9,40 %, Simon del 9,20 %. Sarebbe però superiore alle cifre ottenute dal Calori (7 %) e dal Gruber (6,40 %). Ciò importa moltissimo, perchè anche le osservazioni del Calori furono fatte sopra crani di individui Bolognesi.

La sinostosi prematura sarebbe pure assai meno rara nei pazzi che nei sani di mente, poichè in questi fu trovata dal prof. Zoja 4 volte solo in 200 teschi del Museo anatomico di Pavia. Anche l'osso della fontanella frontale si troverebbe più di frequente nei teschi dei pazzi, avendolo il Gruber notato solo 54 volte in più di 11,000 crani normali. Così dicasi delle ossa intercalari della regione dello pterion, le quali si troverebbero, secondo lo Zoja nell'8 % dei crani normali, mentre nei teschi dei pazzi, stando alle osservazioni dell'Autore, si vedrebbero in proporzione del 18,18 %.

La fossetta media che, secondo Lombroso, si troverebbe nel 14 % dei teschi degli alienati di mente, fu trovata dall'Autore in proporzione del 4,55 %, ossia un po' meno frequente di quello che lo Zoja l'abbia rinvenuta nei teschi normali (4,50 %).

Lo studio che l'Autore ha fatto sui forami del cranio meriterebbe per parte nostra un più dettagliato esame. Per i fori parietali, tenuto conto degli studi di Gruber, Augier e Vitali, avrebbe trovato che la mancanza d'entrambi i fori suddetti è meno frequente negli alienati che nei sani, mentre quella di uno solo nei primi di essi si vedrebbe più spesso. In questi poi più spesso si troverebbero dei fori parietali soprannumerari. La varietà di numero e forma dei fori mastoidei si notò nel 18,18 % dei teschi. La mancanza da una parte, o da ambo i lati, non è un fatto così frequente da giustificare, a nostro parere, l'asserzione del poco giovamento delle sottrazioni ai processi mastoidei nella pluralità dei casi.

Ma il massimo interesse va dato alla studio dell'ampiezza dei fori vascolari della base del cranio, che, secondo alcuni, può essere causa frequente di mentali affezioni. Il Kaslow per vero notò un restringimento unilaterale del forame lacero in 21 suicidi, ed Hertz attribuì ad abnorme impiccolimento dei forami della base del cranio l'insorgenza di un delirio furioso in individuo che ebbe a curare. Le diligenti misure fatte dall'Autore tanto del forame giugulare quanto del carotico, sia nei sani che negli infermi di mente, lo hanno persuaso che realmente nello stato normale sonovi differenze in grandezza fra i forami giugu-

lari, a favore del destro, e fra i carotici, a favore del sinistro, ma che i fori medesimi negli alienati sono in generale più ampi e la disparità fra loro esistente è per oltre la metà dei casi ancor più notabile di quello che non sia nei sani di mente. Le comparazioni istituite fra le ampiezze dei forami giugulari e dei carotici fanno conoscere che lo scarico pei fori giugulari nei mentecatti non si produce in copia corrispondente all'afflusso pei fori carotici, il che costituirebbe una certa disposizione allo stabilirsi presto o tardi una stasi, com'è verosimile sia accaduto nei casi surriferiti di Hertz. Tutto questo è provato dall'Autore colle più minute ricerche e colle determinazioni più diligenti dei principali diametri dei fori carotici e giugulari.

Il lavoro viene per ultimo corredato dalla enumerazione delle lesioni cerebro-spinali, registrate dal prof. Alessandrini nel fare le sezioni dei mentecatti a cui appartengono i teschi suddetti, e dalla descrizione, caso per caso, delle alterazioni medesime.

Auguriamoci che nella serietà de' suoi studi il dott. Peli trovi frequenti imitatori.

A. Raggi.

---

*Il Direttore e Gerente responsabile*
Prof. A. Corradi.

# INDICE DELLE MATERIE

## RIVISTA DI FISIOLOGIA
del prof. S. FUBINI

---

# RIVISTA D'ANATOMIA

dei Professori G. ZOJA ed L. TENCHINI.

## I.

### Anatomia normale.

## II.
## Anatomia anomala.



## III.
## Anatomia topografica.



## BIBLIOGRAFIA.

# RIVISTA DI CHIRURGIA (1)

1. Mazzoni — *Cheiloplastiche a ponte col processo Mazzoni per distruzione del labbro inferiore.*
2. Mazzoni — *Maschera sotto-nasale per epitelioma del labbro superiore, dell'inferiore e del mento.*
3. Caselli — *Due casi di gozzo cistico estirpati.*
4. Parona — *Della cura del gozzo cistico.*
5. Margary — *Estirpazione totale della laringe, del corpo tiroide dei primi anelli della trachea; parziale della faringe e dell'esofago.*
6. Ruggi — *Esportazione totale della laringe.*
7. Volkmann — *Del carcinoma profondo branchiogeno del collo.*
8. Wells — *Utilità della fasciatura addominale per ottenere la cicatrizzazione nell'empiema.*
9. Lauenstein — *Accidente impreveduto consecutivo alla resezione del piloro.*
10. Wölfler — *Gastro-enterostomia.*
11. Caselli — *Resezione dello stomaco per carcinoma pilorico.*
12. Valton S. — *Il cloralio nell'ernia strozzata.*
13. Thiry — *Ernia inguinale voluminosa. Tassis e compressione per 4 mesi. Riduzione, guarigione.*
14. Jamin — *Ernia crurale strozzata, peritonite al quinto giorno dall'operazione, evacuazione del liquido intra-peritoneale col mezzo di una seconda operazione; guarigione.*
15. Pick — *Caso di strozzamento dell'appendice vermiforme, operazione, morte.*
16. Pennel — *Ernia vaginale d'origine traumatica, ano preternaturale in vagina; guarigione spontanea.*
17. Reverdin — *Due operazioni di cura detta radicale delle ernie inguinali non strozzate; modificazione del processo operativo.*
18. Paci — *Cenni clinici sopra casi di occlusione intestinale.*
19 Championnerre — *Del modo di togliere i pacchetti emorroidali.*
20. Scarenzio — *Quale sia il mezzo più semplice e sicuro per la cura radicale delle varici emorroidali.*
21. Rocco — *Emorroidi curate mediante l'injezione di acido fenico.*

(1) Gli articoli segnati coi numeri 1, 2, 3, 4, 5, 6, 9, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 28, 32, 33, 34, 36 e 39 appartengono al professor Scarenzio, gli altri al dott. Cavagnis.

22. Poisson — *Rottura dell' uretra; uretrotomia esterna con cateterismo esterno; guarigione.*
23. Bassini e Lampugnani — *La cura per la guarigione radicale dell'idrocele della vaginale del testicolo.*
24. Mazzoni — *Varicocele sinistro. Asportazione mediante la forbice Paquelin.*
25. Reliquet — *La litotrizia deve eseguirsi senza traumatismo.*
26. Sonnenburg — *Un nuovo metodo di cura della extrofia vescicale.*
27. Gluck — *Di un nuovo mezzo ausiliare per la diagnosi delle malattie renali unilaterali.*
28. Lannois — *Della estirpazione del rene.*
29. Kümmel — *Dell' efficacia e dei pericoli dell' injezione intraarteriosa di soluzione alcalina di cloruro di sodio nell'anemia acuta.*
30. Riedel — *Sulla questione della narcosi nell'ovariotomia.*
31. Jöhnen — *Sulla questione della narcosi nell'ovariotomia e nell'operazione cesarea.*
32. Marta — *La lussazione anteriore dell'estremità sternale della clavicola.*
33. Förster — *Dell'uso del bendaggio di caoutchouc solido nella cura consecutiva di alcune forme di lussazione e della rigidità consecutiva.*
34. Raffa — *Shock. Storia clinica, considerazioni e proposta.*
35. Landerer — *Estirpazione dell'astragalo lussato.*
36. Medini — *Disarticolazione del 1.° cuneiforme.*
37. Bernhardt-Martin — *Della coincidenza della tabe dorsale col mal perforante del piede.*
38. Kassovitz — *Della causa del rilasciamento delle articolazioni nella rachitide.*
39. Sakimovitch — *Intorno al trapiantamento di scheggie ossee nelle ossa lunghe.*
40. Kölliker — *Dell'innesto del midollo delle ossa.*
41. Schüller Max — *Dei micrococchi nell'osteomielite acuta infettiva e dei focolai di micrococchi nelle cartilagini articolari.*
42. Köker — *Delle malattie isolate delle fibro-cartilagini del ginocchio e della condrectomia.*
43. Rose — *Cura della pustola carbonchiosa senza cauterizzazione.*

MAZZONI. — **Cheiloplastiche a ponte col processo Mazzoni per distruzione del labbro inferiore.** (*Anno 6.° e 7.° di Clinica chirurgica nella R. Università di Roma.* Roma 1881, pag. 97).

Vennero già replicatamente esposti casi di rifacimento del labbro inferiore col processo di plastica detto a ponte ed immaginato dal professore Mazzoni (*Rivista di med. di chir. e terap.* 1874, Vol. 1.° pagina 83 e Vol. 2.° pag. 486, — *Annali univ. di med.* Vol. 240, pag. 313);

a sempre più mostrare ora quale utile se ne possa trarre riferiamo i due seguenti:

Caso 1.° — Un giovane d'anni 26, già affetto da febbri palustri, ulceri molli, adenite suppurata ed ulite, da un anno avvertiva la comparsa di un piccolo tumoretto alla faccia interna del labbro inferiore, che andò a mano a mano crescendo e piagavasi; l'ulcerazione crebbe e propagavasi a segno da distruggere tutto il labbro inferiore, e sembra che il processo siasi arrestato soltanto in seguito alle cauterizzazioni col nitrato d'argento e alle lavande di nettezza. L'arcata dentale inferiore ne rimase scoperta ed una estesa cicatrice dura retratta aderiva al margine gengivale.

Esciso ampiamente il tessuto cicatriziale mediante incisione semicircolare, che dalla commessura labiale destra giungeva fino al mento per ritornare allo stesso livello dell'altra, e quindi con altra incisione semicircolare parallela alla prima e traversante la regione soprajoidea, formavasi un gran lembo a ponte, che disseccato e portato in alto, in modo da ricoprire tutta l'arcata dentale inferiore ed il mento, venne fissato in posto con parecchi punti di sutura metallica, alcuni superficiali, altri profondi e dopo 50 giorni circa l'infermo esciva dalla Clinica guarito.

Caso 2.° — Un contadino, d'anni 60, senza precedenze in rapporto colla malattia attuale, da sette anni portava sull'angolo labiale di destra, un tumoretto che rimasto stazionario per cinque anni incominciava poscia a crescere, ulcerandosi ed invadendo tutto quanto il labbro inferiore fino al mento. Da due mesi poi era comparso un altro tumore simile al primo nell'angolo labiale di sinistra e che rendendo colla rapida cresciuta difficile la masticazione costringeva il paziente a farsi curare.

Esportata tutta la parte presa da neoplasma con porzione dei vicini tessuti sani, ne risultava una larga soluzione di continuo occupante tutto il labbro inferiore e parte delle gote; quindi per mezzo di due incisioni semilunari parallele, delle quali una dalle commissure labiali giungeva fino al mento e l'altra attraversante tutta la regione soprajoidea, si formava un gran lembo a ponte che disseccato completamente facevasi scivolare all'innanzi del mascellare inferiore mantenendolo in posto con varii punti di sutura, alcuni profondi, altri superficiali. Il lembo aderì completamente e dopo un mese e mezzo circa l'infermo lasciava la Clinica del tutto guarito.

MAZZONI. — **Maschera sotto-nasale per epitelioma del labbro superiore, dell'inferiore e del mento.** (*Anno sesto e settimo di Clinica chirurgica*, Roma 1881, pag. 100).

Non solamente il labbro inferiore ma e questo ed il superiore assieme possono venire ricostrutti col processo a ponte del prof. Mazzoni. Il caso seguente ne fa prova:

Un robusto campagnolo di anni 50, da due anni si accorgeva della insorgenza di un tubercolo al labbro superiore e che gradatamente si propagava al meato e sul labbro stesso; mentre però al labbro inferiore ed al mento, la malattia investiva tutti i tessuti molli, ma nel labbro superiore si mantenne superficiale non approfondandosi oltre lo strato muscolare. Il prolabio e la mucosa del fondo cieco buccale superiore erano intatti, riescendo possibile l'operazione plastica di tutta la parte sottonasale della faccia.

L'operazione veniva eseguita in quattro tempi:

*Primo tempo.* — Facevansi due incisioni orizzontali alle due commissure della bocca prolungandole di un centimetro oltre le parti ammalate e ricongiungendole amendue con altra incisione convessa a concavità inferiore distante un centimetro dai tessuti morbosi; ledevansi molte arterie, e lasciavasi il prolabio nella più grande estensione possibile conservando anche la mucosa retro-labiale.

*Secondo tempo.* — Con altra incisione parallela alla linea costituente il limite della perdita di sostanza, a livello e distante tre centimetri dal lobulo dell'orecchio di destra si giungeva alla regione del collo, passando innanzi al margine della cartilagine tiroide e rimontando al lato opposto, alla medesima distanza ed a livello del corrispondente lobulo dell'orecchio; e dissecando così i tessuti compresi fra queste linee si ottenne un lembo vasto, ricco, a forma di ponte e perciò con due radici od attacchi nutritivi a larga base.

*Terzo tempo.* — Si fece scivolare questo lembo innanzi al mento, fino sotto il naso e venne fissato con punti di sutura metallica alla linea dei tessuti cruentati.

*Quarto tempo.* — Occorreva aprire una bocca in mezzo a tale lembo e adattarvi la mucosa ed il prolabio. Si faceva perciò una incisione lunga circa sei centimetri, nel quarto superiore e nel mezzo del lembo, nel luogo precisamente ove sarebbe andata a cadere l'apertura naturale della bocca, e si adattò alla parte che rappresentava il labbro superiore, il prolabio e la mucosa retrostante. Ma la bocca essendo riescita piccola ed il prolabio non arrivando alle commissure, si tolse un centimetro di tessuto in forma semilunare al nuovo labbro superiore, e si divise nel mezzo il prolabio e la mucosa retrostante a guisa di labbro leporino e si riuniva mediante sutura metallica il tessuto del prolabio al labbro di guisa che si ottenne una buona forma di bocca, di grandezza proporzionata alla faccia e sufficente ai bisogni della vita. Non sopraggiunse alcun accidente, venne attuata la medicatura alla Lister e la guarigione fu completa in meno di quaranta giorni. La divisione del palato poi e della retrostante mucosa cicatrizzava per proliferazione epiteliale anzichè per retrazione di tessuto cicatriziale, per cui nel mezzo del labbro superiore ne ebbe una macchia di colore rosso fuoco e non già un cordone cicatriziale.

Cinque figure litografate danno l'idea della sede ed estensione del

a sempre più mostrare ora quale utile se ne possa trarre riferiamo i due seguenti:

Caso 1.° — Un giovane d'anni 26, già affetto da febbri palustri, ulceri molli, adenite suppurata ed ulite, da un anno avvertiva la comparsa di un piccolo tumoretto alla faccia interna del labbro inferiore, che andò a mano a mano crescendo e piagavasi; l'ulcerazione crebbe e propagavasi a segno da distruggere tutto il labbro inferiore, e sembra che il processo siasi arrestato soltanto in seguito alle cauterizzazioni col nitrato d'argento e alle lavande di nettezza. L'arcata dentale inferiore ne rimase scoperta ed una estesa cicatrice dura retratta aderiva al margine gengivale.

Esciso ampiamente il tessuto cicatriziale mediante incisione semicircolare, che dalla commessura labiale destra giungeva fino al mento per ritornare allo stesso livello dell'altra, e quindi con altra incisione semicircolare parallela alla prima e traversante la regione soprajoidea, formavasi un gran lembo a ponte, che disseccato e portato in alto, in modo da ricoprire tutta l'arcata dentale inferiore ed il mento, venne fissato in posto con parecchi punti di sutura metallica, alcuni superficiali, altri profondi e dopo 50 giorni circa l'infermo esciva dalla Clinica guarito.

Caso 2.° — Un contadino, d'anni 60, senza precedenze in rapporto colla malattia attuale, da sette anni portava sull'angolo labiale di destra, un tumoretto che rimasto stazionario per cinque anni incominciava poscia a crescere, ulcerandosi ed invadendo tutto quanto il labbro inferiore fino al mento. Da due mesi poi era comparso un altro tumore simile al primo nell'angolo labiale di sinistra e che rendendo colla rapida cresciuta difficile la masticazione costringeva il paziente a farsi curare.

Esportata tutta la parte presa da neoplasma con porzione dei vicini tessuti sani, ne risultava una larga soluzione di continuo occupante tutto il labbro inferiore e parte delle gote; quindi per mezzo di due incisioni semilunari parallele, delle quali una dalle commissure labiali giungeva fino al mento e l'altra attraversante tutta la regione soprajoidea, si formava un gran lembo a ponte che disseccato completamente facevasi scivolare all'innanzi del mascellare inferiore mantenendolo in posto con varii punti di sutura, alcuni profondi, altri superficiali. Il lembo aderì completamente e dopo un mese e mezzo circa l'infermo lasciava la Clinica del tutto guarito.

MAZZONI. — **Maschera sotto-nasale per epitelioma del labbro superiore, dell'inferiore e del mento.** (*Anno sesto e settimo di Clinica chirurgica*, Roma 1881, pag. 100).

Non solamente il labbro inferiore ma e questo ed il superiore assieme possono venire ricostrutti col processo a ponte del prof. Mazzoni. Il caso seguente ne fa prova:

*Caso* 1.° — Una donna di 64 anni, maritata, senza prole e senza che nel gentilizio fosse esistita traccia di ipertrofia alla tiroidea, erasi accorta da tre anni della comparsa di un tumore alla parte mediana anteriore-inferiore del collo, ma che da soli sette od otto mesi avea incominciato ad arrecarle disturbi nella deglutizione, nell'atto del respiro, non che una molestissima scialorrea, sintomi tutti fattisi prontamente gravi. Il tumore aveva frattanto acquistato il volume di un grosso limone; coperto dalla pelle scorrevole e normale, a superficie liscia stava colla propria base impiantato sulla parte inferiore, mediana ed un po'a sinistra del collo ove la glandula sentivasi alquanto ipertrofizzata; il tumore aderiva ad amendue i lobi della glandula, il canale tracheale e la parte inferiore della laringe, seguivanla nei moti di deglutizione; era fluttuante e mediante puntura esploratoria evacuavasi quanto un bicchiere di liquido di colore oscuro con detriti fibrinosi, colesterina e globuli sanguigni.

Riprodottosi prontamente il liquido e tornati in scena i fenomeni morbosi surriferiti si passava all'operazione mediante spaccatura e riunione del margine della cisti a quello della ferita cutanea. L'incisione della pelle fu di 5 centim. ed arrivata alla cisti questa veniva punta con un *troiquarts*, dopo evacuato il liquido la si fissava con due punti laterali ai margini della ferita e veniva ampiamente spaccata. Impeditane così la retrazione dei suoi margini si misero di fronte tutto all'ingiro con quelli della ferita cutanea, mantenendoli in tale posizione mediante cucitura a sopragitto ed a punti vicini con filo animale; la cavità restata aperta veniva lavata mediante soluzione fenicata al 5 p. 100 riempendola con cotone emostatico perchè dava sangue e compievasi la medicatura seguendo i precetti di Lister. Non fuvvi reazione locale o generale, nè insorse accidente di sorta e scorsa una settimana dalla operazione l'ammalata era in grado di alzarsi dal letto; dopo venti giorni attendeva già alle sue facende non vedendosi alla regione operata che un piccolo seno fistoloso, il quale stentava a chiudersi forse pei movimenti di salita e discesa della laringe e trachea; ma scorsi due mesi la cicatrice era completa e regolarissima.

*Caso* 2.° — Un professore di Milano, con fratelli e sorelle gozzuti, senza che lo fossero stati i genitori, portava il male da 14 anni; dapprima il gozzo era duro, ma sia in seguito alla cura solvente sia pel decorso suo naturale rendevasi molle, inturgidendosi però facilmente massime in seguito alla vociferazione. Il tumore frattanto cresceva acquistando il diametro di 18 centim. Esso infatti occupando tutto il lato sinistro del collo, oltrepassava in alto l'angolo della mandibola, toccando in basso la clavicola, la laringe veniva fortemente spinta a destra, e lo sterno-cleido sinistro all'indietro ed all'infuori; coperto dalla pelle liscia e scorrevole, lasciava sentire manifesta la fluttuazione; stava aderente alla laringe e trachea; si sentiva solo il lobo destro della tiroidea che serbava il volume normale; turgide e serpeggianti *erano le vene* del collo, specialmente a sinistra.

Decisa l'operazione, previa anestesia locale coll'istrumento di Richardson facevasi una incisione di 8 centim. circa, paralellamente ed all'interno del muscolo sterno-cleido-mastoideo e legate alcune vene si giungeva a ridosso del tumore che veniva punto mediante grosso *troiquarts* in corrispondenza dell'angolo inferiore della ferita dando uscita a circa 700 grammi di liquido sciropposo di colore oscuro rossiccio, assai vischioso e di odore nauseabondo; poscia spinto il *troiquarts* in alto e fattolo uscire verso l'angolo superiore della ferita, con due punti di sutura nodosa si fissava la parete cistica alla pelle; inciso in allora ampiamente il sacco i suoi margini venivano con esattezza congiunti alla pelle mediante cucitura a sopragitto. La medicatura veniva fatta colle regole alla Lister, come erasi mantenuto in un'atmosfera fenizzata il paziente durante la operazione.

Il decorso successivo non poteva essere più regolare; lo scolo sieroso sanguinolento fu piuttosto abbondante in sul principio, ma diminuiva prontamente, trovandosi dal terzo al quarto giorno la cavità cistica rimpicciolita di oltre la metà. All'insorgere delle granulazioni fuvvi gemizio sanguigno, ma veniva tosto frenato mediante poche filaccie imbevute nel percloruro di ferro, ed in meno di due mesi la guarigione era perfetta.

*Caso* 3.° — Un signore di circa 60 anni, erasi da 14 accorto di un leggiero e circoscritto ingrossamento della tiroide, d'altronde comune in sua famiglia, se non che indi a sei anni insorgevano congestioni cerebrali, aggiungendovisi ben presto anche disturbi nella deglutizione e nel respiro, un senso come di ulcera in gola alla parte sinistra della laringe ed una ostinata congiuntivite aumentando rapidamente la circonferenza del collo da 42 a 48 centim. Frattanto era riuscita inutile la cura jodica e delle inalazioni astringenti, la voce rendevasi fioca e rauca, il respiro affannoso, il paziente era colto da facili vertigini e quasi sempre tormentato da nevralgie violenti alla nuca e dietro le orecchie, non che da scialorrea molesta. Fu in tali condizioni di cose che venne consultato il prof. Bottini il quale dichiarò che tutti gli incomodi provati dal malato provenivano dal gozzo a curare il quale non v'era altro mezzo che l'esportazione della tiroide. Non così parve al dott. Parona il quale dalla forma sferica del tumore, dal suo rapido e recente incremento, dalla elasticità e senso profondo di fluttuazione pensava si trattasse o di una cisti a grosse pareti o di un gozzo il cui parenchima si fosse rammollito per degenerazione colloide, e che dopo rischiarato il diagnostico, sarebbe stato forse da curarsi come nei precedenti casi.

« Spinto un *troiquarts* di medio calibro e piuttosto lungo nella parte inferiore del tumore e riconosciutane la natura cistica, si procedette alla incisione della pelle, aponeurosi superficiale, platismamioide, poi della cisti, non prima però di averla fissata con due punti di cucitura al margine cutaneo. Le pareti della cisti trovaronsi dello spessore

di quasi un centimetro, il che non impedì l'esatto affrontamento dei margini dell'apertura cistica e svuotatala del liquido siero-sanguinolento (un ettogrammo circa) in essa contenuto, si affacciò tosto una quantità di sostanza gelatinosa di colore giallo arancino in parte quasi trasparente, in parte avente l'aspetto di coaguli fibrinosi analoghi a quelli che si trovano in un sacco aneurismatico, e colle dita estraevansi parecchi ettogrammi di tale sostanza che in buona quantità aderiva alla parete interna della cisti. Durante tali maneggi si potè rilevare l'ampiezza della cavità capace di contenere l'intera mano, e lo inoltrarsi di essa particolarmente dietro la trachea e la laringe, dove formava una vera insaccatura. Questo rimarco, mentre veniva a spiegare i gravi incomodi che il paziente soffriva, dimostrerà altresì quanto disastroso poteva riescire il tentativo d'esportazione dell'intero tumore. Vuotata la cisti, lavatala diligentemente con acqua fenicata al 3 p. 100 si introdusse un grosso tubo a drenaggio a guisa di un *U*, poscia si fece la medicazione alla Lister. »

Non seguiva forte reazione generale, nè locale; nei primi giorni si ebbe un abbondante stillicidio di siero sanguinolento, e di tempo in tempo l'uscita di alcuni pezzetti di residui solidi; all'ottava giornata dall'operazione il malato era in grado di alzarsi ed alla decima di uscire da casa. Ad un mese dopo non rimanevano che le tracce del tumore ed un seno fistoloso, il quale stentò alquanto a chiudersi, a motivo che il paziente venne colto da disturbi colici e gastrici, ai quali era già altre volte andato soggetto, e che influirono sul regolare processo di riparazione.

MARGARY. — **Estirpazione totale della laringe, del corpo tiroide, dei primi anelli della trachea; parziale della faringe e dell'esofago.** (*Arch. Ital. di Laringologia*, Napoli 1882, fasc. 1.°).

Una servente d'anni 36, senza precedenti morbosi di importanza che potessero avere relazione colla malattia attuale, da due mesi provava dolore acuto al lato sinistro del collo e difficoltà nel deglutire. In pari tempo alla detta località comparve una tumidezza dolente alla pressione, il lobo corrispondente della glandula tiroidea era pure alquanto ingrossato ed infiltrato, sollevando il margine anteriore dello sternocleido-mastoideo, come una infiltrazione si scorgeva attorno alla cartilagine cricoide. La mobilità della laringe era normale. All'esame laringoscopico, la rima glotidea la si vedeva deviata a sinistra, le corde vocali superiore ed inferiore di quel lato erano immobili, la mucosa della cartilagine aritnoidea destra vedevasi tumefatta ed edematosa e così quella della corrispondente metà del margine posteriore del vestibolo, della ripiegatura ritno-epiglottica e della corda vocale superiore dello stesso lato; ove detta tumefazione spostava alquanto la cartilagine del Santorini. Il dott. Margary fece diagnosi presuntiva di neoplasma maligno; insorta frattanto una forte esacerbazione locale con

minaccia di soffocazione, faceva successivamente due incisioni sulla tumidezza della parete posteriore laringea uscendone marcia fetente con notevole sollievo della paziente; se non che indi a sei giorni insorse assoluta impossibilità a deglutire ed all' esame laringoscopico si vide una massa di vegetazioni che a forma di cavolfiori occupava tutta la parte visibile della parete posteriore della laringe, innalzandosi oltre il livello del margine posteriore del vestibolo in modo da mascherare l'apertura della laringe. Tali vegetazioni andarono rapidamente crescendo, per cui indi ad altri sei giorni si faceva la tracheotomia inferiore preventiva onde passare poscia alla esportazione totale dell'organo malato, e che veniva eseguita dopo altri quattro giorni.

Sostituita la cannula comune tracheale con quella di Trendelenburg, modificata da Rosenbach intanto che si cloroformizzava la paziente, situata questa col capo arrovesciato all'indietro, l'operatore conduceva una incisione longitudinale dall' osso joide a quattro millimetri dalla cannula; nello staccare coll' *elevatorium* i muscoli tiro-jodici, sterno-tiroidei e costrittore inferiore della faringe dalla cartilagine tiroide questa, sommamente fragile, si ruppe, e nell'istesso tempo la camicia della cannula perdeva la necessaria tensione; messa allora rapidamente la paziente a capo declive non penetrava sangue nella trachea e la cloroformizzazione procedette regolarmente.

Uncinata indi la cartilagine tiroide in corrispondenza dell' incisura ed affidato l'uncino ad un assistente, sulla guida del dito indice sinistro introdotto per la bocca al davanti dell'epiglottide, l'operatore trafiggeva con bistorì retto, e per breve tratto, il legamento tiro-joideo mediano e quindi col bistorì bottonuto, rasentando l'osso-joide, compiva la incisione dei legamenti io-e glosso-epiglottici e della membrana tiroidea a destra ed a sinistra sino in vicinanza dei due legamenti tiro-joidei laterali senza che le due arterie laringee superiori dessero sangue; e recise questi legamenti colle cesoje a cucchiaj. Uncinata poscia l' epiglottide e tratta così fortemente la laringe in basso ed in avanti troncava pure colle cesoje le ripiegature epiglotto-faringee sino all' altezza della cartilagine cricoide. Scoperse allora che il neoplasma invadeva tutto in giro la faringe, approfondandosi nell' esofago, salendo sulla parete posteriore della laringe sino alla base delle cartilagini aritnoidi ricoperte dalla mucosa edematosa. Parti tutte che dovevansi quindi esportare. Incominciavasi a staccare la laringe mediante taglio dall' indietro all'avanti al disotto della cartilagine cricoide e così facendo si scorgeva che il neoplasma si approfondava ancora nella trachea avendo altresì invaso il lobo sinistro della glandula tiroide, dal quale, non che dalla parete posteriore della laringe, usciva circa un cucchiajo di liquido puriforme. Prolungata l' incisione fino allo sterno riescì facile isolare il lobo destro della detta glandula, alquanto più difficile lo fu per il destro, voluminoso ed infiltrato come era dalla degenerazione e dal *pus*, e legando i vasi fra due legature di *catgut* o fra pinzette emo-

statiche venne liberato il campo dell'operazione senza che insorgesse emorragia. Si isolava poscia la parete posteriore della faringe dall'aponeurosi prevertebrale salendo fino al livello dell'osso joide ove mostrandosi sana la si recideva; indi distaccavasi la porzione inferiore e l'esofago, alla cui parete passavansi due fili di presa ed assieme alla trachea lo si recideva, recisione che si dovette ripetere più in basso ivi mostrandosi ancora la neoplasia. I due monconi venivano fissati alla pelle del collo, e terminavasi l'operazione esportando porzione di tessuto sospetto in corrispondenza della origine della tiroidea superiore e previa applicazione di nna pinzetta Péan che lasciavasi in sito per 24 ore. Intanto dopo lavatura con soluzione tiepida di acido borico erasi introdotta una sciringa Nélaton nell'esofago ed alimentato l'operato per questa via, e la ferita era stata medicata riempiendone la cavità con battuffoli di garza fenicata rinnovandoli ogni due ore sotto la nebulizzazione con una soluzione di *thymol.*

A così grave operazione non tenne dietro nè reazione locale o generale, nè altro accidente qualsiasi; ma a quattro mesi dopo era già manifesta la recidiva sotto forma di esteso e profondo infiltramento e quindi inoperabile.

L'esame microscopico del tumore aveva infatti posto fuori di dubbio che si trattava di epitelioma con cellule pavimentose con globi rari e non carnificati e che si era svolto dalla membrana mucosa faringo-esofagea.

Ruggi. — **Esportazione totale della laringe.** Relazione del dottor Bendandi. (*Raccoglitore medico*, 1882, V. XVIII, N. 2).

Fu soggetto di questa operazione un giovanetto di 10 anni, affetto da stenosi laringea in causa di papillomi che invadevano la totalità dell'organo. Stabilita la diagnosi mediante il laringoscopio si sperava che la lesione fosse limitata e la nuova produzione esportabile facendosi strada mediante la laringotomia, se non che cloroformizzato il malato, situatolo colla testa in grembo all'operatore e previa incisione longitudinale messo allo scoperto ed aperto l'organo assieme ai due primi anelli della trachea un po'col tagliente un po'col coltello galvanico, lo si trovò ripieno di grossi papillomi a larga base sporgenti per la grossezza di un pisello riempiendo quasi per intero il lume della laringe e sotto di essi una neoformazione ugualmente estesa con l'aspetto di numerosi papillomi raggruppati fino al margine inferiore della cricoide. Esportate le due masse superiori mediante il coltello galvanico non fu possibile evitare la emorragia che rendevasi inquietante, d'altronde la ristrettezza del campo operativo e le difficoltà ognor crescenti in causa di ciò facevano sì che la cartilagine tiroide si contundesse nel tenersi le sue lamine divaricate. Il prof. Ruggi quindi si decideva alla esportaziune totale dell'organo.

Era già stata assicurata alla pelle mediante due punti di sutura con seta fenicata la trachea, e ciò per tenervela fissa non potendo il pa-

ziente tollerare la cannula, che d'altra parte avrebbe portato imbarazzo all'operatore. Attraverso a quella apertura si facevano inalare vapori di cloroformio ed il prof. Ruggi progrediva nella operazione nel modo che ebbero a seguire Billroth, Schmit e Caselli.

« Tenendo sempre dilatata l' apertura tracheale per la respirazione del paziente e ben divaricati i muscoli sterno-joidei, coll'ajuto delle proprie dita e del coltello galvanico spostò i tessuti circostanti distaccando l'inserzione dei muscoli sterno-tiroidei e tiro-joidei dalla tiroide, di cui mise allo scoperto tutto il pericondrio delle sue facce laterali. In questo punto afferrata e sollevata la cricoide incominciò, sempre col coltello galvanico, il distacco della gemma della cricoide dalle pareti anteriori dell' esofago senza emorragia di sorta, e il distacco del costrittore inferiore faringeo dalla parte posteriore della superficie esterna della cartilagine tiroide.

« Quest'ultimo distacco (laterale posteriore della laringe) fu eseguito con molta diligenza e circospezione per non ledere le carotidi e non stirare di troppo i pneumogastrici.

« Non restava adunque che distaccare la tiroide dai suoi tre legamenti con l'osso joide, ma in questo punto la corrente galvanica si arrestava e per quanto si cambiasse il liquido, non si ristabiliva. Allora il prof. Ruggi volle servirsi della pila Voltolini, già preparata, ma ai reofori di questa s'attaccavano coltelli troppo voluminosi inservibili in questo genere di operazioni, gli esili della pila antecedente vi si adattavano con molta difficoltà, e la forte corrente li rendeva troppo incandescenti (1) quantunque il numero delle coppie venisse diminuito, tuttavia con pazienza anche questo distacco veniva praticato nel legamento tiroide mediano; i due laterali vennero allacciati con seta fenicata e recisi con le forbici. In questo momento l'infermo era già sveglio, con respiro calmo e polso buonissimo e l' operazione avea durato due ore circa. Una sonda esofagea di gutta-percha passante sotto l' osso joide fu introdotta nell'esofago, e per essa furono injettati circa 100 grammi di vino generoso, indi bene lavata l' ampia breccia con una soluzione d'acido fenico, la parete anteriore esofagea fu assicurata ai lati della pelle, mediante punti di seta fenicata; fu introdotta nell'*aspera arteria* una cannula comune da tracheotomia, e dati quattro punti di sutura in mezzo ai quali passava la sonda esofagea, la parete anteriore del collo fu coperta con diversi strati di garza fenicata. Bene assicurata e la cannula da tracheotomia e la sonda con nastri, l'infermo venne ada-

---

(1) Onde evitare questo inconveniente noi continuiamo ad adoperare la nostra pila ad immersione con bilancia e pedale, che permette da parte dell'operatore stesso un rapido sollevamento ed anche l'estrazione completa delle pile dal liquido; potendosi così graduare e sospendere anche d'un tratto la corrente. (« Rend. clinico di Med. e Chir. Operativa. » Pavia 1877). S.

giato nel letto e sempre col capo leggermente all'ingiù, posizione in cui restò nei primi giorni. »

Il decorso successivo fu scevro di accidenti; dal 7.° giorno si incominciò a levare i diversi punti di sutura; al 12.° si toglieva la siringa esofagea, che a stenti, per la intolleranza del paziente, veniva passata per la bocca; da qui pure si fu costretti a levarla dopo due giorni per i conati di vomito che destava, e la si dovette riporre per la via del collo, il che impediva l'ulteriore progresso della cicatrizzazione della ferita. Vi si sostituiva allora una sciringa Nélaton, che mantenuta alla parte mediana del collo ciò permise, finchè tolta anche questa e chiusosi il piccolo tramite, il ragazzo potè mangiare liberamente, riescendo quattro settimane dopo l'operazione, a lasciare il letto completamente guarito. Ora il bambino non porta in trachea che una semplice cannula tracheale breve e del volume di una seconda cannula concentrica che può levare a suo piacimento onde farne la pulitura; ne tiene difeso l'orifizio con un piccolo velo per premunirsi dall'ingresso dei corpi estranei.

A bella posta il prof. Ruggi avea lasciato cicatrizzare per intero la ferita attorno alla apertura tracheale escludendo l'idea della applicazione di una laringe artificiale; egli crede che in questo come in consimili casi abbia a riescire « molto più vantaggioso l'ottenere la cicatrizzazione di tutta la ferita, di quello che ricorrere alla laringe artificiale giacchè dovendo riparare al ripristinamento della deglutizione, della respirazione e della loquela piuttosto che rendere imperfetta la deglutizione per ricorrere ad una laringe artificiale e ottenerne una loquela non poco disagradevole, è miglior cosa ripristinare naturalissima la deglutizione tanto necessaria, abolendo la loquela artificiale e rendendo più semplice l'apparecchio pel respiro. »

Così si evitano gli incomodi che la comunicazione col cavo orale, impossibile ad otturarsi perfettamente con mezzi meccanici, apporta; quali specialmente la scolo della saliva, il passaggio delle sostanze liquide e semisolide nell'atto della deglutizione, l'introduzione delle materie uscite fra la trachea e la cannula.

« Del resto il bambino ora può, emettendo d'un sol colpo coll'ajuto dei buccinatori e della lingua l'aria contenuta nella sua bocca, produrre un fischio corto e forte che rapidamente può replicare molte volte, e quindi farsi udire in distanza, e scolpire con le labbra e con la loquela afona parole le quali in vicinanza sono abbastanza intelligibili. E poi non è una gran perdita che l'individuo parlante colla laringe artificiale fa a sè stesso, se al piacere di farsi alla meglio intendere col suono di pivetta, dovendo in certo qual modo sforzarsi alla indifferenza del suo amor proprio per la curiosità che sveglia negli astanti ai quali mostrasi il suo difetto, presceglie il restarsi sempre silenzioso o sforzarsi di farsi capire con la voce afona e coi gesti dei sordo-muti. »

VOLKMANN R. — **Das tiefe branchiogene Halskarcinom.** (*Del carcinoma profondo branchiogeno (del collo)*. In: *Centralbl. f. Chir.* 1882, 4.

Le parti molli e dure della faccia, e le molli del collo si formano nell'embrione per mezzo di prolungamenti pari e laterali, che nascono al dinnanzi del rachide in numero di 4 per lato, i quali, sviluppandosi, procedono verso la parte anteriore e mediana, ed assumono il nome di archi branchiali o viscerali. Tali archi stanno separati gli uni dagli altri da fessure, che vengono designate col nome di fessure viscerali o branchiali. Avviene talora che qualcuna di queste fessure, invece di chiudersi, persiste; allora si fanno le fistole branchiali del collo per esempio, congenite.

Roser e Schede hanno fatto conoscere dei casi di cisti del collo branchiogene, cioè delle cisti del collo sviluppatesi nel tessuto branchiale, e Max Schultze e Lücke descrissero dei casi di condromi e condrosarcomi branchiogeni della regione sottomascellare, parotidea, della guancia e dell'orecchio. Ora l'Autore espone tre casi da lui osservati in questi ultimi dieci anni in individui dai 40 ai 50 anni, di carcinoma del collo, profondi, cioè situati fra i grossi vasi della regione, l'osso joide e la laringe, di struttura epiteliare, che perciò riguarda come branchiali o branchiogeni, avendo essi dovuto svilupparsi da cellule epiteliali, la di cui origine sarebbe appunto da ripetersi dai sopradetti archi branchiali.

Questi tumori non avevano nessuna connessione nè colla pelle del collo, nè colla mucosa della faringe ed erano veramente primarj, essendochè non si trovavano insieme glandule linfatiche ammalate, nè altre formazioni cancerose. La loro grossezza variava da quella di una grossa prugna fino a quella del pugno di un bambino. In prima avevano consistenza dura e scirrosa; ma in seguito si determinò in uno quel rammollimento mucilaginoso, che è tanto frequente nelle affezioni delle glandule del collo e della parotide recondarie a cancri del labbro e della faccia, in modo che si convertì in un sacco fluttuante. Però anche in tale stadio la pelle sopra il tumore era intatta, mobile e non concresciuta collo stesso.

In questo caso fu impossibile l'estirpazione totale del tumore, che venne perciò spaccato svuotato ed esportato nella sua parete anteriore.

Il decorso parve in sulle prime favorevole; senonchè il paziente, tornato alla sua casa, morì d'improvviso per emorragia da corrosione della carotide.

Negli altri due casi si potè eseguire, sebbene con grande difficoltà e pericolo, l'esportazione totale del tumore, essendosi dovuti esportare dei brani di muscoli ed escidere in ambedue un pezzo della giugulare interna ed in uno essendo stata necessaria la legatura della carotide comune.

WELLS. — **Utilità della fasciatura addominale per ottenere la cicatrizzazione nell'empiema.** (*Raccoglitore medico*, 1882, N. 16).

Rimanendo nei casi di empiema le pareti toraciche allontanate tra loro per il *pus*, per la diminuita elasticità delle costole e per aderenze, ne resta sommamente difficoltato il loro ravvicinamento necessario perchè la cavità si chiuda per bene. L'Autore riescirebbe ad ottenerlo mediante la applicazione di una fasciatura addominale compressiva che spinga i visceri contro al diaframma e comprima così la cavità purulenta. Questa fasciatura deve essere portata a permanenza e per coadjuvarne l'azione sarà utile di obbligare il paziente ad eseguire profonde inspirazioni, che riescono anche utilissime contro le aderenze. Resta poi sottinteso che in pari tempo si debba ricorrere ai mezzi comuni che assicurino la evacuazione del *pus*, e specialmente la fognatura a scifone, il nettamento della cavità e la stimolazione della parete se havvi poca reazione.

LAUENSTEIN. — **Ein unenvartetes Ereigniss nach der Pylorus Resektion.** (*Accidente impreveduto consecutivo alla resezione del piloro*). In: *Centr. f. Chir.* 1882, 9.

L'Autore, chirurgo in Amburgo, espone un caso da lui operato di resezione pilorica per tumore, nel quale, durante l'operazione, trovò che la riunione dello stomaco col grande epiploon non si limitava alla grande curvatura, ma si estendeva anche alla parete posteriore del ventricolo quasi fino alla sua piccola curvatura. Dovette perciò distaccarne gran tratto ed applicarvi un gran numero di legature, sia isolate che in massa.

L'operazione durò quasi 5 ore; il polso alla fine era a 140; per la narcosi si impiegarono 80 gr. di cloroformio inglese. Venne usato il metodo antisettico; senza polverizzazione. Durante l'operazione l'ammalata vemitò più volte.

Il pezzo esportato pesava 295 gr., ed era lungo 15 centim. sulla grande curvatura e 10 sulla piccola.

Il decorso fu favorevole per i primi 5 giorni; il polso da 160, a cui si era portato, era disceso a 96 ed era pieno; 20 respirazioni; la temperatura raggiunse solo alla fine del 4.° giorno i 39°,5; l'ammalata si nutriva di cibi liquidi ed aveva evacuazioni colorate, emetteva bene l'orina. Il ventre era molle ed indolente. Ma al 6.° giorno cominciò a dolerle il ventre e si svilupparono i sintomi, di una peritonite acuta generale, che l'indomani trasse a morte l'operata.

All'apertura del ventre si trovò, oltre a peritonite acuta essudativa senza raccolta, ben riunita la ferita sì delle pareti come del viscere, un piccolo ascesso nell'omento e gangrenato il colon trasverso a 32 centimetri dal cieco. Esso cioè era stirato in basso, e le sue pareti, per l'estensione di 8-10 centim. nel luogo corrispondente al distacco della sua riunione collo stomaco, erano assottigliate e nerastre; prese in mano si laceravano. La parte gangrenosa era nettamente divisa dalla sana,

Ora l'Autore dichiara che per lui non havvi dubbio che la peritonite non sia stata provocata dalla gangrena del colon trasverso e che questa sia dipesa naturalmente dall'operazione.

Ma perchè questa gangrena non si presentò negli operati di Billroth e di Wölfler?

Secondo l'Autore merita molta considerazione la circostanza già notata, della presenza di quelle sode e fitte aderenze che si spingevano fin presso alla piccola curvatura, sulla parete posteriore del ventricolo. Egli crede che probabilmente il tumore col suo peso abbia in prima dislocato e stirato lo stomaco e così dato luogo alla formazione di quelle abnormi aderenze fra la superficie posteriore dello stomaco ed il mesocolon trasverso; il quale di regola non viene distaccato nella resezione del piloro. Ma dovettero essere distaccate nel suo caso e la legatura delle medesime impedì l'irrigazione sanguigna per parte dell'arteria mesenterica superiore a quella porzione di colon trasverso, il quale perciò cadde in gangrena.

Riconosce però l'Autore che solo ulteriori osservazioni potranno convalidare questa presupposizione, oppure affermare un'altra causa.

Wölfer Anton. — **Gastro-enterostomie.** (*Gastro-enterostomia*). In: *Centr. f. Chir.*, 1881, 45.

Con questo nome chiama l'Autore l'operazione da lui eseguita il 28 settembre 1881 ad un ammalato d'anni 38, ricoverato nella Clinica del prof. Billroth per cancro dello stomaco.

L'ammalato era molto debole e dimagrato e già da tre mesi vomitava quasi tutto quello che mangiava ed ultimamente non poteva prendere che delle piccole quantità di liquidi. Aveva lo stomaco molto dilatato e perciò glie lo si lavava giornalmente.

Sotto la narcosi cloroformica gli si rilevava alla regione pilorica un tumore grosso come un limone, che, essendo mobile in tutti i sensi, determinava l'Autore a fare una incisione esploratrice. Ma aperta che ebbe la cavità addominale vide che il tumore non si lasciava ben rimuovere e che erano infiltrati di cancro anche il legamento epato-duodenale e la testa del pancreas. In tali circostanze la resezione del piloro era bensì praticabile, ma senza la possibilità di una completa estirpazione; e l'Autore pensò pertanto se non convenisse formare, per la nutrizione, una fistola all'intestino tenue; ma in vista degli svantaggi di una tale operazione, abbandonò questo pensiero. Tali svantaggi erano: che non potendosi stabilire tale fistola alla porzione superiore del duodeno ne restava impedita la miscela della bile e del succo pancreatico e perciò la nutrizione di tale infermo restava in condizioni deplorevolissime. Perciò l'Autore, ammaestrato da casi patologici, si determinò a stabilire una comunicazione diretta fra lo stomaco e l'intestino tenue ed operò nel seguente modo.

Aperse lo stomaco con un taglio longitudinale lungo 5 centimetri,

ad un dito trasverso sopra l'inserzione del legamento gastro-colico, nella grande curvatura, poi divise per un'eguale lunghezza un'ansa del tenue posta di fronte nella superficie opposta al mesenterio e inserì gli orli del lume dell'intestino ai margini dell'apertura dello stomaco, in modo che l'orlo posteriore della bocca dell'intestino rimanesse unito al margine pure posteriore dell'apertura dello stomaco mediante una sutura circolare interna fatta con fili di seta. Agli orli poi anteriori del lume dello stomaco e dell'intestino vennero accostati prima gli orli della mucosa e poi le superficie sierosa e muscolare colla sutura modificata di Lembert (1).

Dopo avere ben disinfettato coll' acido fenico il campo operatorio, l'Autore riunì le pareti ventrali e coperse la ferita con medicatura coll' iodoformio. Durante tutta l' operazione lo stomaco e l' ansa intestinale incisa si tennero coperti di spugne disinfettanti e non sortì goccia di contenuto intestinale, essendosi fatto passare un grosso filo di seta intorno all'ansa intestinale, sia al disopra che al di sotto della ferita, attraverso al mesenterio: questo filo venne in seguito tolto.

L'operazione venne fatta colle più rigorose cautele antisettiche, però senza polverizzazione: non venne messo alcun tubo da fognatura nel cavo peritoneale.

Il decorso fu oltre ogni dire felice: il paziente sentivasi bene il giorno stesso dell'operazione e restò senza febbre: cessò il vomito, e l'operato potè di giorno in giorno prendere senza pregiudizio maggior copia di cibo, liquido in prima e dall'ottavo giorno in avanti anche solido.

La ferita delle pareti addominali guarì per prima intenzione senza che venisse cambiata la medicatura; ed al momento in cui l'Autore pubblicava il suo scritto l'ammalato si trovava già nella 4.ª settimana dopo l'operazione ed avea ogni giorno delle evacuazioni fecali dure e brune.

Con tale operazione l'Autore ottenne una nuova via per le materie alimentari provenienti dallo stomaco senza perdere il vantaggio dell'azione della bile e del succo pancreatico. Solo più tardi potranno trovare risposta i problemi fisiologici numerosi ed importanti che si possono sollevare: già intanto però tutte le obbiezioni teoriche vengono distrutte dal buon esito dell'operazione e potrà anche avvenire che questo modo di plastica intestinale possa sostituire la formazione di una fistola intestinale nel caso di carcinoma dell'intestino. — Intanto il risultato di questo caso ben dimostra che colla gastro-enterostomia si può ottenere una buona nutrizione nell'individuo operato.

A questo suo caso l'Autore fa seguire il seguente.

Il 2 ottobre 1881 Billroth, del quale l' Autore è assistente, eseguì la sopraddetta operazione in un uomo di 45 anni affetto da carcinoma del piloro inoperabile, perchè estesosi alla piccola curvatura

(1) V. per la tecnica di tale sutura lo scritto dell'Autore: « Sulle resezioni del piloro canceroso, praticate da Billroth » Vienna 1881, pag. 28, Tav. 3.ª, fig. 10 e 11.

dello stomaco non chè alla testa del pancreas. L'operazione durò un'ora e non offerse particolarità notevoli. Non insorse il minimo sintomo di peritonite e l'intestino restò pervio perchè l'ammalato ebbe varie evacuazioni fecali: però, il giorno dopo l'operazione, insorse vomito biliare, il quale continuò fino alla morte, che ebbe luogo al 10.° giorno dopo l'operazione.

Alla sezione si trovò niente affatto di peritonite e l'ansa dell'intestino tenue solidamente riunitasi agli orli del lume dello stomaco e distante 11 centim. dal duodeno. Il vomito poi lo si spiegava dal fatto che l'ansa intestinale riunita allo stomaco aveva formato uno sprone, il quale aveva diviso in due parti ineguali il lume ventricolo-intestinale, avente 4 centimetri di diametro: la metà più grossa apparteneva al pezzo d'intestino che riceveva la bile ed il succo pancreatico, e la più piccola a quello sottostante e restava coperta dall'orlo superiore del lume dello stomaco: perciò la bile ed il succo pancreatico si svuotavano nello stomaco anzichè nell'intestino.

Tale reperto deve, al dire dell'Autore, insegnare nei casi futuri,

1.° a scegliere un'ansa intestinale di cui sia nota la direzione,

2.° tale ansa deve essere riunita allo stomaco in modo che la parte superiore del suo lume resti in gran parte coperta dalla parete intatta del ventricolo o gli sia riunita con parecchi punti di sutura: e invece la parte inferiore di essa ansa deve comunicare colla cavità dello stomaco con un lume del diametro di 2-3 centimetri (1).

Caselli. — **Resezione dello stomaco per carcinoma pilorico.** (*Italia Medica*, 1882).

La resezione dello stomaco già eseguita in Italia da Torelli per ferita di questo viscere (*Bull. delle scienze med. di Bologna*, 1878, II — *Ann. Univ. di Med.* Parte Rivista, 1881, V. 256), e da Cavazzani per tumore delle pareti ventrali (*Ann. Univ.*, 1879, V. 250), non era ancora stata tentata fra noi come operazione metodica e per carcinoma. Volle il prof. Caselli prendere la iniziativa e l'opportunità gli si offerse in un caso che il prof. Maragliano aveva diagnosticato di carcinoma presso l'orificio pilorico.

Ma lasciamo la parola al prof. Caselli il quale descrive il fatto nella Lezione di chiusura del proprio corso, alla Regia Università di Genova.

« Lavato precedentemente lo stomaco, per oltre un'ora, si praticò una incisione che in linea perpendicolare all'asse del corpo, sei centimetri all'insopra della cicatrice ombellicale partendo dall'arcata co-

(1) La gastro-enterostomia venne fatto in un caso analogo ai qui riferiti nell'Ospitale dei Marinaj d'Amburgo da quel capo medico dott. Carlo Lauenstein. Non è detto con quale esito. (V. *Centralblatt für Chirurgie*, 1882 N.° 9).

stale destra oltrepassava di pochi centimetri la linea mediana, raggiungendo così una estensione di 14 centim. Incise le pareti addominali e procurata la emostasi, fu introdotta la mano in cavità por riconoscere la sede e l'esistenza del neoplasma, del che si ebbe tosto certezza. Si passò allora alla divisione del grande omento fra doppie allacciature con *catgut* in N. di 7, poscia a quella del piccolo omento, mediante altre 4 piccole allacciature. Lo stomaco allora rimase relativamente libero e potè essere trascinato fuori dell'addome. Non fa duopo che io dica che flanelle e spugne imbevute in acqua calda timolata mantenevano alta la temperatura peritoneale, proteggendo la massa intestinale. Incisi allora lo stomaco a qualche centimetro di distanza dal neoplasma e cercai di dare all'incisione una direzione obliqua da sinistra a destra tale da correggere la dilatazione del viscere. Distaccai pure il tumore dal duodeno, fissando quest'ultimo preventivamente con due punti di sutura di cui le anse affidai ad un assistente. Procedetti in allora alla sutura d'impicciolimento, che praticai col processo Lambert, raffrontando cioè sierosa a sierosa, lasciando libera la mucosa, e questa sutura la feci procedere dalla piccola verso la grande curvatura; non trascurai però di porre qualche punto di richiamo anche sulla mucosa. Appena accortomi che l'apertura stomacale corrispondeva al lume del duodeno fissai questo allo stomaco lungo la grande curvatura e mentre per due terzi del lume mi servii della sutura Czerny Wolffer, per l'ultimo terzo diedi la preferenza a quella del Lambert. Nel punto di unione del duodeno colla sutura d'impicciolimento trasportai e fissai un lembetto di sierosa per rafforzare l'innesto. Furono circa 50 i punti di sutura in seta impiegati. Il pezzo reciso era di forma elittica e misurava 12 centimetri nel diametro maggiore, 10 nel minore. Fatta la pulitura del peritoneo e riposto il viscere suturato fu disteso il grande omento sugli intestini e si praticò la sutura delle pareti addominali con punti alterni metallici a piastrina del Billroth e profondi di seta. L'operazione durò 2 ore e mezzo. Durante l'atto operativo comparvero segni salienti di *Shock* che vennero combattuti con inalazioni di ossigeno ed injezioni ipodermiche d'etere.

La donna già debolissima accennava a riaversi e la temperatura avea di nuovo raggiunto il 37°, ma il progrediente esaurimento la tolse di vita alle 7 pom. dello stesso giorno. L'autopsia dimostrò l'assenza completa di riproduzione di processo in ogni organo ed i perfetti rapporti dei visceri, non solo, ma la direzione e buona forma che avea assunto lo stomaco, in rapporto a sè stesso ed al duodeno. »

THOS S. VALTON. — **Il cloralio nell'ernia strozzata** (*The Canada Lancet* e *Raccoglitore medico*, 1882, N. 2).

Si trattava di ernia inguinale destra diretta in un adulto; essa avea raggiunto il volume della testa di un neonato, e dopo avere inutilmente, ed a più riprese esperimentato il *taxis*, insistendo ed aumen-

tandosi i segni della occlusione intestinale, l'Autore onde attutire detti incomodi e mentre si disponeva ad operare, ordinava la seguente miscela: Cloralio idrato grammi 2; Bromuro di potassio gr. 1; Solfato di morfina gr. 0,3; Acqua gr. 60.

Dopo due ore l'ammalato era guarito; perocchè durante un breve intervallo di sonno il tumore era svanito completamente e spontaneamente senza il soccorso di alcun' atto manuale.

THIRY. — **Hernie inguinale volumineuse. Taxis et compression répétés pendant 4 mois. Reduction; guérison.** (*Ernia inguinale voluminosa. Taxis e compressione ripetuta per 4 mesi. Riduzione, guarigione*). In: *Bull. de l'Acad. Belgique*, XV, N. 6, 1881 e *Révue des Sc. Méd.*, 1885 N. 38, pag. 658.

Un uomo di 42 anni portava da 20 un'ernia voluminosa inguinale a destra e che arrivava fino a 2, centim. dal ginocchio. Nessun disturbo nelle funzioni digerenti, ma l'incedere riesciva penoso e faticoso. Il tumore erniario era per la massima parte formato dalle intestina con scarsa porzione di epiploon. Alla regione ipogastrica le pareti addominali erano infiltrate di adipe, tanto che questa e l'ombellicale restavano appiattite; la cavità addominale aveva perduta la propria ampiezza.

Il prof. Thiry si decise ad impiegare il *taxis* compressivo e progressivo, tenendo una seduta ad ogni otto o dieci giorni. Immediatamente l'ammalato si lagnava di dolori addominali, ma nello spazio di due mesi il tumore era diminuito di più della metà. Da allora il *taxis* veniva fatto quotidianamente ed al dodicesimo giorno, dopo 45 minuti di lavoro, tutta l'ernia compreso il sacco rientrava bruscamente nel ventre. Veniva tosto applicato un cinto a palottola triangolare assai larga, e nel termine di due mesi la riduzione erasi mantenuta essendo gli organi genitali ritornati pressocchè allo stato normale. Durante tutto il tempo della cura non erano insorti altri disturbi che inappetenza e qualche volta stitichezza.

Il caso qui esposto è senza dubbio interessante ed incoraggiante, massime se in altri consimili si facesse proposito di sostituire alla fasciatura semplice la elastica con modica pressione.

JAMIN. — **Hernie crurale etranglée; peritonite cinq jours après l'opération, évacuation du liquide intra-péritonéal par une seconde opèration; guérison.** (*Ernia crurale strozzata, peritonite al quinto giorno dall'operazione, evacuazione del liquido intra-peritoneale col mezzo di una seconda operazione; guarigione*). In: *France Méd.* 1882, 7 fevrier.

Una donna di 38 anni, era stata operata per erniotomia crurale destra con legatura ed escisione del sacco, quando al sesto giorno dalla operazione insorgevano improvvisi i sintomi della peritonite con per-

frigerazione, singhiozzo, vomito e stipsi. Si scopriva in allora al dissotto della piegatura inguinale sinistra un piccolo ingrossamento quanto una noce, teso ed irreducibile. Mediante una incisione verticale si raggiungeva una specie di sacco contenente un liquido di colore rosso bruno di odore fecale, con false membrane che tapezzavano la parete di quella cavità. Dirigendo in allora, attraverso all'apertura fatta e verso il colletto del sacco, una sonda scolavano bentosto dalla cavità addominale 200 grammi di un liquido analogo, e postovi un tubo a drenaggio la si chiudeva. Nel giorno successivo il vomito era meno frequente, ma siccome la temperatura si abbassava, praticavansi quattro injezioni sottocutanee di etere, che ripetevansi al giorno seguente. Una grande quantità di liquido scolava ancora dal drenaggio, ma al decimo giorno cessava, ogni fenomeno grave scompariva e l'ammalata a due mesi dall'operazione era guarita.

PICK. — **Case of strangulated vermiforne appendise, operation, deoth.** (*Caso di strozzamento dell' appendice vermiforme, operazione, morte*). In: *The Lancet*, 1880, V. I, pag. 801.

Un uomo di 54 anni, portava da dodici un'ernia inguinale destra facilmente riducibile, non mai contenuta con cinto, finchè ricomparsa non potè venire ridotta. Ne insorsero dolori vivi, perfrigerazione generale, stipsi, vomito stercoraceo, e dopo quattro giorni tentandosi il *taxis* desso riesciva infruttuoso. Aggravandosi i sintomi ne veniva il collasso; sudori freddi; polso misero; timpanismo addominale senza distensione; rossore ed edema dei tegumenti alla regione inguinale destra ed alla vicina parte inferiore dell'addome; tumore duro quasi indolente alla parte superiore dello scroto che si prolungava lungo il canale inguinale ed immutabile sotto gli sforzi della tosse.

Tale era il corredo dei sintomi che obbligò all'operazione; e quando dopo il taglio di strati edematosi e trasparenti si aperse il sacco lo si trovava ripieno di marcia fetente, colla superficie interna tapezzata di false membrane, o null'altro racchiudente che l' appendice vermiforme dessa pure fortemente congestionata e ricoperta da false membrane. Lo strozzamento, assai stretto. esisteva al collo del sacco; e non essendo la detta appendice perforata veniva ridotta; il sacco veniva esciso. Le precauzioni antisettiche furono seguite durante l'operazione; l'ammalato restò nel collapso e moriva a cinque ore dopo.

Alla autopsia si trovò che la sommità dell' appendice cecale aderiva per mezzo di aderenze assai molli al colletto del sacco. Al luogo di unione del ceco e dell'appendice esisteva su questo una striscia pallida con ulcerazione indicante il luogo della sofferta strettura, non eravi peritonite generalizzata.

Pick considera questo fatto come unico nella scienza, ma egli prende errore, perocchè un caso simile veniva fino dal 1835 osservato e felicemente operato dal dott. Taramelli, ed altro ne descriveva nel 1868

tandosi i segni della occlusione intestinale, l'Autore onde attutire detti incomodi e mentre si disponeva ad operare, ordinava la seguente miscela: Cloralio idrato grammi 2; Bromuro di potassio gr. 1; Solfato di morfina gr. 0,3; Acqua gr. 60.

Dopo due ore l'ammalato era guarito; perocchè durante un breve intervallo di sonno il tumore era svanito completamente e spontaneamente senza il soccorso di alcun' atto manuale.

THIRY. — **Hernie inguinale volumineuse. Taxis et compression répétés pendant 4 mois. Reduction; guérison.** (*Ernia inguinale voluminosa. Taxis e compressione ripetuta per 4 mesi. Riduzione, guarigione*). In: *Bull. de l'Acad. Belgique*, XV, N. 6, 1881 e *Révue des Sc. Méd.*, 1885 N. 38, pag. 658.

Un uomo di 42 anni portava da 20 un'ernia voluminosa inguinale a destra e che arrivava fino a 2. centim. dal ginocchio. Nessun disturbo nelle funzioni digerenti, ma l'incedere riesciva penoso e faticoso. Il tumore erniario era per la massima parte formato dalle intestina con scarsa porzione di epiploon. Alla regione ipogastrica le pareti addominali erano infiltrate di adipe, tanto che questa e l'ombellicale restavano appiattite; la cavità addominale aveva perduta la propria ampiezza.

Il prof. Thiry si decise ad impiegare il *taxis* compressivo e progressivo, tenendo una seduta ad ogni otto o dieci giorni. Immediatamente l'ammalato si lagnava di dolori addominali, ma nello spazio di due mesi il tumore era diminuito di più della metà. Da allora il *taxis* veniva fatto quotidianamente ed al dodicesimo giorno, dopo 45 minuti di lavoro, tutta l'ernia compreso il sacco rientrava bruscamente nel ventre. Veniva tosto applicato un cinto a palottola triangolare assai larga, e nel termine di due mesi la riduzione erasi mantenuta essendo gli organi genitali ritornati pressocchè allo stato normale. Durante tutto il tempo della cura non erano insorti altri disturbi che inappetenza e qualche volta stitichezza.

Il caso qui esposto è senza dubbio interessante ed incoraggiante, massime se in altri consimili si facesse proposito di sostituire alla fasciatura semplice la elastica con modica pressione.

JAMIN. — **Hernie crurale etranglée; peritonite cinq jours après l'opération, évacuation du liquide intra-péritonéal par une seconde opèration; guérison.** (*Ernia crurale strozzata, peritonite al quinto giorno dall'operazione, evacuazione del liquido intra-peritoneale col mezzo di una seconda operazione; guarigione*). In: *France Méd.* 1882, 7 fevrier.

Una donna di 38 anni, era stata operata per erniotomia crurale destra con legatura ed escisione del sacco, quando al sesto giorno dalla operazione insorgevano improvvisi i sintomi della peritonite con per-

gano ancora a far dichiarare questo processo superiore agli altri. Infatti sebbene nel primo, essendo morto l'operato per tubercolosi ed istituitane la autopsia, si trovasse che la obliterazione era completa, devesi per altro osservare che il paziente non avea mai abbandonato il letto dal giorno dell'operazione, e se il secondo potè a 2 mesi e 1[2 da essa fare a piedi il lungo viaggio da Zurigo a Ginevra, l'orificio inguinale permetteva appunto l'introduzione dell'apice dell'indice e quando facevasi tossire il malato formavasi un rialzo, il che lo obbligava a portare il cinto.

Paci. — **Cenni clinici sopra casi di occlusione intestinale.** (*Lo Sperimentale*, 1881-82).

Osservazione 1.ª — *Caso di ano imperforato congenito, operato felicemente.* — Si trattava di un bambino nato da due giorni coll'ano imperforato e che del resto nulla presentava di anormale. Non esisteva traccia di orificio anale da fare sperare che il fondo cieco fosse vicino alla cute. Prima di appigliarsi ai consigli di Callisen o di Littré, l'Autore volle tentare di stabilire l'ano nella posizione sua naturale. A quest' intento faceva una incisione mediana longitudinale della lunghezza di un centimetro e mezzo; dalla estremità di essa ne conduceva altre due a mezza ellissie come determinazione della nuova apertura. Tolta per tal modo la pelle, approfondava lentamente strato per strato l'incisione dei tessuti sottostanti e giunto alla profondità di un centim. e mezzo infiggeva alla profondità di quasi un centim. un *troiquarts* da idrocele tenendo la direzione dell'intestino retto, ed estratto il punteruole infossando la cannula ne uscivano per questa dei gas e quindi meconio. Alla cannula sostituiva un lungo specillo, a questo una tenta scannellata sulla guida della quale mediante bistorì bottonuto dilatava l'apertura rendendo facile ed abbondante la sortita del meconio. Dopo due giorni, a prevenire la stenosi, incominciava a passare delle siringhe coniche del N. 10, aumentandone gradatamente il calibro sino ad usare delle candele di cera del diametro di *quasi due centimetri.* La guarigione fu perfetta, ed il bambino crebbe in ottima salute.

Il dott. Paci ama attribuire per molta parte il felice esito qui ottenuto a fortuna, nè forse in circostanza consimile egli saprebbesi decidere all'atto azzardoso; ed in allora, pur non abbandonando il concetto di ristabilire l'ano nella sua positura normale, gli sembra che converrebbe fare una incisione o nella regione lombare o nella ipogastrica a sinistra ed incidere il colon discendente o la *S* iliaca nella sua faccia posteriore, senza aprire il peritoneo facendo appunto una specie di enterotomia estra-peritoneale. Entro quella apertura, i cui margini fossero fissati alla cute, si dovrebbe spingere una tenta per sentire se il fondo cieco sta in basso, e sulla guida che essa darebbe al perineo compiere la recisione e la sutura quando la breve distanza la permettesse. In caso diverso, ancora prima di appigliarsi all'operazione del

Callisen o del Littré, l'Autore vagheggerebbe l'idea di spingere gradatamente in basso il fondo cieco rettale finchè l'incisione perineale fosse resa possibile lasciando in ogni caso guarire l'apertura prima istituita. E si è in quei tentativi di abbassamento che si potrebbe forse adoperare una specie di enterotomo curvo ed a pressione continua simile a quello che Laugier (*Gaz. des Hop.* 1872, N. 7) adoperava nella sua famosa operazione, come la chiamava Nélaton, dell'enterotomia ileocecale.

Osserv. 2.ª — *Ano con sbocco ano-rettale in vagina.* — Una bambina di cinque mesi pativa gravi sofferenze, ed era ridotta al grado estremo di tabe per difficoltà alla emissione delle feci, che si faceva per un'angusta apertura all'osculo vaginale. Il dott. Paci la operava seguendo il processo del prof. Rizzoli, ma dopo avere ricondotta la estremità del retto dall'orificio suo vulvare alla regione che le spettava, ad evitare che le materie fecali si insinuassero fra le suture, introdusse nell'intestino una piccola cannula di gomma elastica da tracheotomia lasciandovela per quattro giorni. La cicatrice fu pronta, la emissione delle feci si fece normale, e superata una risipola l'operata guariva. A circa sei mesi dall'operazione la bambina moriva per diarrea, e la parte già operata si trovava come suole nello stato normale, riescendo difficilissimo il rilevarne la cicatrice.

Osserv. 3.ª — *Restringimento intestinale da fistola anale, operata colla galvano-caustica.* — Questa osservazione riguarda un marinajo d'anni 43, il quale già per due volte era stato operato per fistola anale creduta cieca interna e riprodottasi. Rilevatasi dal dott. Paci l'apertura interna all'altezza di cinque centimetri, se ne rendeva padrone passandovi un filo di seta, al quale poi se ne sostituiva uno di platino e che reso incandescente mediante la pila del prof. G. Corradi serviva a fare la sezione del sepimento. Il risultato però non fu soddisfacente perocchè andò formandosi un validissimo restringimento all'ano ed all'ultima porzione del retto d'onde forti disturbi nelle defecazioni. Ma la cura dilatante eseguita a mezzo di graduate candelette, valse a portare l'infermo a perfetta guarigione nel termine di due mesi. Che sia poi stata permanente non è ben certo, limitandosi l'Autore a dire « *nè mai ci occorse avere notizie che accusassero altre sofferenze.* »

Osserv. 4.ª — *Stenosi rettale multipla.* — La malattia affliggeva da parecchi mesi una donna di 70 anni, che se ne era accorta per le stentate defecazioni. Lo stringimento più prossimo all'orificio anale lo si sentiva appena mediante l'esplorazione fatta coll'indice del quale permetteva appena l'immissione dell'apice rilevandolo duro, calloso, quasi cicatriziale; da esso mediante lungo *speculum* vedevansi protrudere le materie fecali indurite, attraverso alle quali facendo passare una grossa sciringa elastica si incontravano ripetuti ostacoli al libero avanzarsi e solo dopo una graduata dilatazione si potè conoscere che erano dati da un secondo restringimento esistente a breve distanza dal primo. Amendue

venivano dilatati al punto da lasciare passare una candeletta del diametro di due centimetri e mezzo, e si potè stabilire che l'intestino retto al suo confine coll' *S* iliaca descriveva una specie di curva da destra a sinistra lungo la quale stavano i due stringimenti. Si è perciò, che essendo i dilatatori cavi e seguendo col rammollirsi pel calore quelle sinuosità, uno di essi ebbe a strappare quel tessuto, d'onde una grave emorragia a stenti frenata, però con vantaggio della ammalata che da quella distruzione ebbe aperta la via alle defecazioni. Con tutto ciò l'Autore giustamente consiglia l'uso di candelette di gomma elastica piene, o meglio con un semplice forellino lungo il loro asse per la sortita dei gas; quali appunto trovansi allo scopo speciale in commercio.

Osserv. 5.ª, 6.ª, 7.ª ed 8.ª — *Occlusioni meccaniche per saburre fecali in seguito di paralisi intestinale.* — Sono altrettante osservazioni di coprostasi che durava da più giorni: nel primo di questi casi il male fu vinto colla somministrazione della taurina e della podofillina, negli altri colla introduzione di una siringa esofagea facendo passare attraverso ad essa una discreta quantità di decozione d'anici, sapone ed olio; ma non però quanto si pratica coll'enteroclisma, perocchè il dott. Paci calcola molto nell'efficacia dell'azione stimolante di quel corpo straniero sulle pareti intestinali, e d'altra parte teme, che non trovandosi la valvula del Bauino sempre disposta a lasciarsi dilatare, l'intestino crasso avesse a troppo soffrire e forse anche a rompersi per una soverchia distensione.

Osserv. 9.ª 10.ª ed 11.ª — *Attorcigliamento di anse intestinali.* — Di queste tre osservazioni le prime due riescono le più interessanti perocchè l'attorcigliamento era dato dall'intestino tenue. Nella prima ancora vi era complicazione di ernia abituale che per nulla entrava nella produzione del male, ed essendo avvenuta la morte del paziente si potè infatti notare come due anse dell'ileo descrivevano due giri o volute intorno al loro mesenterio, che sarebbe stato difficile il rintracciarle e svolgerle anche in seguito alla laparotomia, facilitatane però la diagnosi quando fossersi evacuati i gas mediante punture capillari. Nel secondo di questi casi ancora, come ebbe a mostrare l'autopsia, lo strozzamento era dato dall'ileo la cui ultima porzione erasi attorcigliata su sè stessa di contro alla propria immissione nel ceco, che offriva resistenza per la sua fissità e per essere la valvula ileo-cecale zaffata alla sua apertura da ammasso fecale. Nel terzo dei qui citati casi, pure terminato coll'esito letale ma senza che l'autopsia ne fosse permessa, il dott. Paci emetteva ancora il giudizio trattarsi di attorcigliamento dell'ileo, basato specialmente all'essersi determinato il meteorismo, il singhiozzo, il dolore, ed il collasso repentino, dopo la diarrea; dall'essersi presentato il ventre enormemente meteorizzato alle regioni sopra e sotto ombellicali, appianato e quasi rientrante alle due regioni laterali colliche indicanti come il crasso fosse vuoto; un dolore poi che s'esacerbava alla pressione verso la regione della fossa iliaca destra gli faceva credere che anche qui fosse lesa la porzione inferiore dell'ileo.

Osserv. 12.ª e 13.ª — *Invaginamento.* — Nel primo di questi due casi, la malattia datava da otto giorni, ribelle ai soliti metodi di cura, in donna di 67 anni e nella quale la grave peritonite insorta impediva un soddisfacente esame. La morte succedeva in 33.ª giornata, essendo stata rifiutata la proposta laparotomia. Alla sezione trovossi un'invaginamento discendente alla prima curva dell' *S* iliaca; il tratto invaginato non avea una lunghezza maggiore di 4 centimetri, ed erasi stabilito un processo ulcerativo con avvanzata stenosi per retrazione; per cui se nella applicazione dei clisteri, anzichè servirsi della siringa da uomo come si fece, si fosse adoperata la esofagea forse la porzione invaginata poteva essere respinta. Nell'altro caso il dott. Paci, chiamato in sesta giornata, ebbe del pari a diagnosticare un invaginamento all'ultima porzione del retto intestino, e ciò massime pel dolore ivi localizzato, per l' enorme meteorismo, e le emissioni di muco-pus sanguinolento; i quali sintomi congiunti alla febbre gagliarda ed all'abbattimento generale indicavano incamminato il processo di gangrena. Non era il caso di operare, ed il malato moriva indi a due giorni per entero-peritonite. L' autopsia non venne concessa.

Osserv. 14.ª — *Occlusione intestinale per tumore polipiforme costituito da un emo-angioma cavernoso peduncolato, grosso come un uovo di gallina.* — Una donna di 60 anni, che avea sofferto di ripetute diarree, e nella media età di convulsioni epilettiformi riflesse alle epoche menstruali, da circa un'anno pativa ancora dell'accennato disturbo intestinale, ed una volta in seguito ad uno sforzo eccessivo onde alzare un peso da terra veniva colta dai sintomi di occlusione. Si notava allora l'esistenza di un tumore irregolarmente cilindrico, che dalla fossa iliaca sinistra risaliva all'ipocondrio omonimo; tanto colla palpazione, che colla percussione, lo si rilevava duro, resistente e di superficie irregolare tale da far credere si trattasse del colon discendente nel massimo grado di distensione per ammasso di materie fecali indurite. Se non chè trattato con tutti i mezzi che ne sarebbero stati indicati non se ne aveva alcun vantaggio ed i sintomi eransi talmente aggravati da far pensare alla gastrotomia, Quando improvvisamente assieme a feci sciolte e sanguinolenti veniva emesso un tumore grosso quanto un uovo di gallina, scomparendo i sintomi suaccennati al ventre e guarendone la paziente. L'esame del tumore istituito dal prof. Durante vi faceva distinguere un nucleo centrale più chiaro ed una porzione o zona periferica di colore nero-rossastro. Il primo rappresentava un normale tessuto cavernoso, con numerosi vasi capillari. Un tessuto connettivo delicatissimo sotto forma di reti o di fasci costituiva lo stroma o meglio le trabecole che limitavano le lacune sanguigne. Questo tessuto era variamente abbondante nelle diverse regioni, ma in generale scarso e le trabecole molto delicate. Entro le più grosse fra queste eranvi molti vasi capillari. Le lacune avevano varia figura ed estensione; in generale erano grandi e dovunque eravi sangue raggru-

mato. Nella zona periferica si riscontrava la medesima struttura, se non che il tessuto connettivo delle trabecole era completamente invaso da globuli rossi e da pochissimi bianchi.

LUCAS CHAMPIONNIÈRE. — **Del modo di togliere i pacchetti emorroidali.** (*Imparziale*, aprile 1882. — *Raccoglitore medico*, 1882, N. 14-15).

L'Autore si serve delle forbici del termo-cauterio; l'operazione deve essere eseguita con lentezza, a piccoli colpi, scaldando moderatamente per non esporsi ad emorragie. Si può stirare la porzione da esportarsi mediante uncini, riesce per altro più comodo legarne la base mediante un filo peduncolandola. Il paziente va cloroformizzato e la stiratura dei pacchetti va fatta prima che l'anestesia sia completa onde evitare che possano rientrare. È preferibile farne due o tre gruppi onde evitare lo stringimento circolare, raro del resto adoprando il termo-cauterio. Come medicatura si applicano delle filaccie imbevute di acqua fenicata. In caso di emorragia o verranno poste delle pinzette emostatiche sui punti sanguinanti lasciandovele per qualche tempo, oppure potrassi adoperare la compressione metodica mediante spugna fenicata introdotta nel retto.

Tali suggerimenti adunque indicano che l'accidente dell'emorragia in onta alla allacciatura ed al fuoco può con tale processo insorgere; d'altronde la durata lunga dell'operazione, la complicazione sua consigliano a ricorrere ad altri espedianti e specialmente al filo elastico come stiamo per dire.

SCARENZIO ANGELO. — **Quale sia il mezzo più semplice e sicuro per la cura radicale delle varici emorroidali.** (*Rendiconti del Regio Istituto Lombardo.* Milano 1882. Serie II, Vol. XV, fasc. V).

Sonvi poche affezioni chirurgiche per le quali, come per le varici emorroidali, siensi immaginati ed attuati svariati mezzi onde ottenerne la guarigione radicale, potendosi al giorno d'oggi enumerare:

La compressione; la dilatazione graduata o forzata degli sfinteri; il caustico attuale; i caustici potenziali o minerali applicati alla totalità o parzialmente ai tumori; la incisione; la resezione; la escissione, semplice o seguita da cucitura; la estirpazione; lo schiacciamento lineare, totale o parziale, solo o susseguito dall'applicazione del caustico attuale o completato coll'escissione; la legatura, semplice, sotto-mucosa od elastica; la stessa mediante incisione periferica; le injezioni coagulanti; la galvano-caustica.

Eppure frammezzo a tanta copia di vantati espedienti si resta titubanti e timorosi nella scelta, perocchè qui la dovizia non dipese da smania inventiva dei chirurghi, ma dalle condizioni peculiari degli organi sui quali si cerca di agire, dai disastri cui si andò incontro e diciamo anche dalla ritrosia dei malati a lasciarsi operare, per cui si cercò presentare loro mezzi facili, pronti o nuovi dai quali potessero sperare *la guarigione.*

Ma pur troppo non fu così, e pressochè tutti gli accennati metodi e processi operativi peccano o di insufficienza (compressione, dilatazione, cauterizzazione parziale) o di soverchia gravezza non riescendo gli altri a porre al riparo dalle emorragie, dalla flebite, dalla pioemia, e dalla stenosi rettale.

La galvano-caustica istessa colla quale si credeva raggiunta la perfezione non è da tanto; oltrecchè esigere un apparecchio complicato e costoso ed una mano esperta che l'adoperi, non mette sempre al coperto dalle emorragie ed invadendo coll'escara una troppo estesa superficie di mucosa, può essere causa, col cicatrizzarsi della piaga, di incomodo restringimento.

In seguito a tutte queste considerazioni parrebbe adunque che il chirurgo, trovandosi a circostanze pari e pur talvolta nella necessità di operare, dovesse preferire il metodo più semplice, cioè, la legatura; ma pur troppo essa è il più pericoloso: di qualsiasi mezzo siccome il Petit lasciò scritto perchè la triste esperienza propria servisse di ammaestramento agli altri: Nélaton la rigetta quale cagione frequente di morte: Loreta non la pone neanche in discussione e Colson che la volle di recente ritentare vedeva in quarta giornata la morte dell'operato.

E per comprendere come quell'espediente in apparenza semplicissimo possa produrre tanto guajo, basta considerare come strozzando d'un tratto violentemente il tumore e mantenendolo in tale condizione cagioni dolori violenti e continui, desti azioni riflesse gravi ed imponenti; che chiudendo immediatamente il lume del vaso impedisce che il sangue vi soggiorni e si coaguli donde la facile emorragia o la infiammazione suppurativa, cose tutte che è facile evitare quando anzichè di un filo comune il chirurgo si serva di uno elastico, il quale anche applicato lievemente stretto, logora anzichè strangolare il tumore; se stringa forte, pure continuando ad agire si rallenta ed inceppando il circolo venoso senza sopprimerlo d'un tratto, lascia tempo al sangue di costituirsi in trombo; arrivando sulla vena la trova chiusa e la recide in modo affatto incruento lasciando una piaga semplice già in via di cicatrice. Durante l'applicazione poi permette, quando occorra, che l'ansa elastica venga stirata fuori dal campo dell'operazione e stretta mediante ulteriori nodi sui fili appajati.

Fiduciosi quindi, ed incoraggiato dai casi di Lee e Vanzetti, ci siamo messi, dice l'Autore, alla prova ed eccone i risultati:

*Osserv.* 1.ª — B.... E.... d'anni 43, da Rivolta d'Adda, di robusta costituzione fisica e senza precedenze morbose di importanza, ma per l'esercizio di sua professione obbligato a strappazzi, soffriva da parecchi mesi di emorroidi, che spesso davano sangue e vivamente lo tormentavano quando dopo le evacuazioni alvine rendevansi prolassate e minacciavano strozzarsi.

Accolto nella Casa di Salute, da noi diretta, al giorno 30 gennajo 1879,

al 3 del successivo mese lo si operava. A questo fine procurata la sortita dei tumori comparvero otto sacchetti del volume ciascuno di una nocciuola ed al colletto di due applicavasi un filo elastico doppio; facevansi turgidi e violacei, il dolore fu piuttosto forte per alcune ore andando però ben presto scemando. Indi a due giorni una solcatura profonda esisteva già al luogo di applicazione del laccio, la circolazione nei tumori era meno inceppata e si stringeva l'ansa. Al quarto giorno uno si staccava, l'altro completamente mortificato ed aderente per sottile briglia veniva esciso colle cesoje. Al giorno 9 si esportava un terzo tumore mediante l'*écraseur*, ma sebbene l'ammalato fosse cloroformizzato pure l'operazione riescì così rozza, da preferirsi, per altri tre la legatura elastica. Al giorno 11 venivano strette le anse, al 12 i tumori mortificati escissi. Al giorno 14 si allacciavano gli altri due tumori, al 16 stringevansi le anse, ed al 17 si escidevano e fatta così *tabula rasa* non ebbersi che a medicare altrettante piaghette che guarirono in pochi giorni. Al 21 dello stesso mese il B.... se ne tornava a casa e da allora godette sempre ottima salute.

*Osserv.* 2.ª — Il signor G.... F:... da Sannazzaro, Lomellina, d'anni 41, di costituzione atletica, incominciava nel 1857 a soffrire di emorroidi che trascurate andarono aumentando, cagionandogli disturbi gravi funzionali non solo, ma ripetute emorragie. Diminuite queste, gli spasimi fecersi maggiori continuando dopo le evacuazioni per sette od otto ore.

Accolto nella Casa di Salute il 14 luglio 1878, dopo alcuni giorni di cura contro un catarro gastrico, si procurava la sortita delle emorroidi, una decina delle quali compariva ai dintorni dello sfintere esterno restandovi strozzate, il volume loro variava da quello di una noce a quello di un pisello e tosto applicavasi il laccio sulla più voluminosa, non permettendo la pusillaminità del paziente di fare di più. L'ansa veniva stretta al quarto giorno, ed al decimo il tumore cadeva con grandissimo sollievo del malato che già riesciva ad evacuare l'alvo senza spasimi. Indi a cinque giorni, legavasi un secondo tumore e che trattato nell'ugual modo cadeva all'ottavo. Due altri se ne legavano a due giorni dopo e nel successivo un quinto che caddero in sesta giornata. Infine ai primi del settembre escidevansi colle cesoje altri tre piccoli tumoretti esterni ed al 14 dello stesso mese l'operato tornava a casa perfettamente e stabilmente risanato.

*Osserv.* 3.ª — R.... E.... da Paderno Cremonese, medico chirurgo, di anni 38, entrava nella Casa di Salute al 1.° agosto 1881 per catarro gastro-enterico lento ed emorroidi, che soffriva da parecchi anni. Migliorato dalla affezione catarrale, al 25 dello stesso mese, ottenutasi la sortita di tre tubercoli emorroidarj ci accingemmo ad operarli; presentandosi però sessili, il laccio sfuggiva, per cui in allora passato il filo nella cruna di un ago ben curvo, si trafisse con esso la mucosa lateralmente ed alla base di uno dei tumori, vi girammo attorno; facendo uguale trafittura dal lato opposto e fissato così il filo, riescì facile stringerlo e fer-

marne i capi. Il dolore continuò per alcune ore, ma venne facilmente attutito coi bagni freddi.

In quarta giornata la mortificazione era completa, in ottava i tumori cadevano ed al giorno 9 settembre il collega usciva guarito.

*Osserv.* 4.ª — Certa M.... C.... da Pavia, modista d'anni 32, soffriva da due anni gravi incomodi per la facile e frequente sortita di un tumore emorroidario, ripetute emorragie e conseguente anemia.

Accolta nella Casa di Salute al 20 gennajo corrente anno, al giorno successivo la si operava col processo ora detto, .ed in quarta giornata il tumore presentavasi quasi totalmente reciso mantenendovisi però la circolazione attraverso ad uno degli istmi lasciativi della mucosa, si applicava in allora un secondo filo che in tre giorni lo faceva cadere. Al quattro del seguente mese l'operata usciva guarita e meravigliata di avere ottenuta con un mezzo tanto semplice la guarigione. Dessa continua a star bene.

*Osserv.* 5.ª — A questi quattro casi, che formarono soggetto della lettura al R. Istituto, l'Autore n' aggiunge ora un quinto e non meno fortunato: La signora F.... G.... d'anni 42, soffriva da 14 anni di emorroidi ostinatissime che fuoruscendo all'atto del defecare erano causa di spasimi atroci e ripetute emorragie che ebbero a renderla anemica in sommo grado ed isterica. Stanca di soffrire si decideva a farsi operàre, ed avendo ricorso a noi ci servimmo per farlo della legatura elastica. A questo fine procurata al giorno 1.° giugno u. s. la sortita di quattro voluminosi tumori applicava su due il laccio elastico passando sotto alla mucosa ai loro estremi. Se non che al giorno successivo mantenendosi la strettura alla emorroide di destra, il filo scivolava su quella di sinistra non pigliandone che piccola porzione di mucosa e che perciò si abbandonava. Al giorno 4 vegnente stringevasi il laccio nell' altra, e così nei successivi 6 ed 8 non mortificandosi che in piccola porzione perchè nutrita attraverso al ponte di mucosa rimasto e che al giorno 9 si escideva colla caduta del tumore. Al giorno 11 dello stesso mese in seguito a stentata e dolorosa evacuazione alvina tornavano a prolassarsi le quattro restanti che venivano trattate nell' ugual modo serrandone tre di sinistra in un sol laccio e l' altra a destra isolatamente Tutte rendevansi turgide, ma senza traccia di mortificazione anche allo stringersi dei lacci nei successivi giorni 13 e 15. Al 17 la base. ristretta era completamente recisa, ned ebbesi che a tagliare gli istmi della mucosa perchè i tumori cadessero. Nello stesso giorno seguiva una defecazione alquanto stentata per essere le materie fecali indurite, ma senza dolore, le piaghe restate guarirono prestissimo e la signora non ebbe più a lamentare i patiti incomodi.

Sarebbero adunque 20 i tumori emorroidari che l'Autore ebbe ad esportare col laccio elastico; senza che per alcuno sia avvenuto il minimo accidente. Le ultime prove gli avrebbero anzi mostrato come anche la mortificazione del tumore la si possa evitare lasciando che durante la stre-

tura la superficie mucosa resti nutrita attraverso alle porzioni che lasciansi intatte agli estremi dei tumori. Sembra perciò di potere asserire essere la legatura elastica il mezzo più facile e sicuro per curare radicalmente le varici emorroidali.

E questo giudizio conferma maggiormente l'esperienza altrui; fra le altre quella del dott. Rota di Chiari che gentilmente avvisava chi scrive di alcuni casi da esso pure felicemente trattati colla legatura elastica.

Rocco. — **Emorroidi curate mediante l'injezione di acido fenico.** (*Raccoglitore medico*, 1882, Vol. XVIII, N. 3 e 4).

Il dott. Tito Rocco, pone come Nota ad un cenno intorno all'ora descritto processo di cura delle emorroidi il seguente caso:

Si trattava di un fabbro-ferrajo, messo comunale e bevitore, il quale da varj anni soffriva di emorroidi che non mai curate davano luogo a frequenti emorragie ed aumentavano talmente nel loro volume da prolassarsi al minimo sforzo.

Necessitando una cura radicale, si cercava prima di tutto di fare prolassare i tumori i quali infatti, sortivano al numero di cinque del volume ciascuno di una cerasa dopo alcune fomentazioni calde a vapore. Si injettava in allora in due di essi, una soluzione di acido fenico a parti uguali nella glicerina, per quanto può capirne una mezza siringa di Pravaz (centigr. 40 di miscela). Dopo 5 minuti il malato cominciò ad avvertire un senso di dolore nei punti injettati, che attutivasi mediante bagnoli freddi, rientrando i tumori dopo poche ore, senza riescire d'incomodo. Scorsi tre giorni e procurata di nuovo la sortita delle emorroidi, ne apparivano soltanto tre e che venivano tutte injettate come le due antecedenti, avendone le medesime immediate conseguenze. Dopo 15 giorni l'operato potè riprendere senza incomodi le sue mansioni e tuttora sta bene.

Non sembra che siasi istituita esplorazione alcuna onde cercare di conoscere le modalità successe.

Questo fatto narrato dal dott. Rocco è senza dubbio interessante, ed attenua la sfavorevole impressione che del processo speciale si ritrae leggendo ciò che ne dice Allingham (*Malattie del retto.* Milano 1882, pag. 133 e seg.), il quale presi in disamina i fatti di Cock, di Mattehws e basato all'esperienze proprie, non solo lo trova doloroso, e spesso insufficiente, ma da aversene a temere la morte per peritonite, embolismo e pioemia.

Poisson. — **Rupture de l'uréthre; uréthrotomie externe avec cathétérisme rétrograde, guérison.** (*Rottura dell'uretra*; *uretrotomia esterna con cateterismo retrogrado*; *guarigione*). In: *Revue de Chir.*, 1881, N. 11.

Un uomo di 49 anni, in seguito a caduta a cavalcioni su di una trave, pativa vasta ecchimosi al perineo con sortita di goccie di sangue dal

meato orinario esterno. Tale gemizio arrestavasi spontaneamente nel termine di un'ora e l'ammalato, sebbene a stenti, riesciva a mingere, intanto che il tumore perineale andava scemando; il cateterismo però riesciva sempre impossibile a circa tre settimane dall'accidente, la difficoltà nell'emettere le orine aumentava, finchè la iscuria fecesi completa ed il dott. Chementais fu obbligato alla puntura della vescica, che eseguiva col processo antico adoperando il *troiquarts* curvo di Frate Cosimo. Essendo nel frattempo sempre riusciti inutili i tentativi di cateterismo, il curante cercava di fare l'uretrotomia esterna senza guida, ma fatto il taglio esterno per quante ricerche facesse non riusciva a scoprire il moncone superiore dell'uretra; tentava in allora attraverso all'apertura ipogastrica il cateterismo retrogrado, ma non riescì ad imboccare il collo della vescica. Si fu in tale stato che Poisson riceveva il malato in cura.

Riusciti anche a lui vani i molteplici e svariati tentativi di cateterismo uretrale, ritentava il cateterismo retrogrado. A questo intento posto il paziente nella dovuta posizione, e tolta la cannula ipogastrica prese un catetere di stagno del N. 20 della filiera di Charrière, e rappresentante colla propria curva un terzo di cerchio di 10 centim. di diametro, lo introdusse colla curvatura all'indietro nella fistola e seguendo sempre la linea mediana rasente il pube, e guidandone la punta mediante l'indice introdotto nell'intestino retto riesciva a penetrare nel collo vescicale e giungere fin contro la stenosi. Dispiacente di non avere adoperato un catetere tubulato ed aperto nella estremità inferiore che avesse permesso il passaggio di una minugia, Poissons estrasse quello introdotto e troncatolo in modo da renderlo aperto, cercava riporlo in sito ma invano chè la fistola non lasciava passare quel corpo smozzicato e gli fu forza ricorrere di nuovo ad una siringa piena e che riesciva facilmente a ricollocare in sito; introduceva allora nel canale uretrale un'altra siringa elastica resa rettilinea mediante stiletto rimanendo l'estremità dei due cateteri distanti fra loro per un centimetro. Fattele in allora tenere in posto da un assistente, incideva strato per strato e pel tratto di 4 centimetri i tessuti perineali mediani ponendo allo scoperto la punta dei due cateteri e la porzione ristretta dell'uretra, che sembrava un piccolo cordone appena permeabile e che veniva inciso per tutta la lunghezza; sostituiva in allora la siringa elastica con una di gomma ad estremità aperta, e ciò onde rendere facile il cambio sul conduttore; indi mantenute divaricate le parti contornanti la uscita della siringa vescicale, a mano a mano che faceva ritirare questa, introduceva e faceva avanzare la uretrale che senza difficoltà penetrava in vescica dando libero scolo all'orina. La ferita veniva lavata mediante una soluzione fenicata e quindi riunita mediante un punto di sutura onde impedirne l'arrovesciamento dei margini; si compieva la medicatura alla Lister, lasciando e fissando il catetere a permanenza.

Non insorse reazione nè altro accidente, l'orina esciva quasi tutta

dalla siringa passando solo alcune goccie fra questa e l'uretra; al quarto giorno previa introduzione del conduttore il catetere veniva cangiato, e così si fece all'ottavo, sempre uscendo qualche goccia di orina dalla ferita perineale, che cicatrizzava lentamente, finchè al quindicesimo giorno la siringa veniva levata definitivamente, perchè resasi troppo molesta, e l'operato orinava a pieno canale. Da allora si passava a giorni alterni un catetere Beniqué dal N. 32 al 40 senza difficoltà; la ferita perineale guariva completamente e l'operato veniva licenziato. L'esito adunque fu incorraggiante e Poisson ne deduce i seguenti corollarii: 1.º Che il cateterismo retrogrado mediante puntura ipogastrica presenta maggiore facilità che non si pensi; 2.º Che occorre un catetere a grande curva; 3.º Che lo si deve tentare in tutti quei casi nei quali esista una puntura ipogastrica, e dove siavi necessità di una uretrotomia esterna; 4.º Che nei casi ove la uretrotomia esterna sia fallita non saravvi grande inconveniente a praticare una puntura vescicale allo scopo di ricorrere a questo processo. E finalmente a noi sembrerebbe utile attaccare alla siringa a permanenza un tubo elastico il quale agisca a sifone aspirando l' orina a mano a mano che discende in vescica; ne impedirebbe così lo scolo dal perineo e faciliterebbe maggiormente la chiusura della ferita.

BASSINI. — **La cura per la guarigione radicale dell'idrocele della vaginale del testicolo.** (*Gazz. degli Ospitali*, 1882, N. 27 e 28).

LAMPUGNANI. — **Sulla cura radicale dell'idrocele.** (*Gazz. med. It. Lomb.* Serie VIII, Tom. 4.º, 1882).

Abbiamo a suo tempo fatto conoscere (*Ann. univ. di med. Parte Rivista*, Vol. 240, 1877, pag. 460) il più recente tra i diversi processi di cura radicale dell'idrocele della vaginale del testicolo, quale venne immaginata e felicemente attuato da Volkmann, ed i lettori di questo Giornale sanno del pari come il dott. Bassini (Ibid. *Parte Originale*, Vol. 253, 1880, pag. 292) ne confermasse i felici risultamenti pubblicando otto osservazioni, fra le quali una sola presentò l' accidente di ascessi locali per avere egli provato ad ommettere la prima cucitura destinata a tenere combaciata la sierosa agli involucri comuni dello scroto.

Altri casi dallo stesso operati dopo la pubblicazione di quelli ebbero del pari felice esito; solamente in due osservava ritardo alla guarigione, causato in uno ancora per la insorgenza di fenomeni settici locali, per essersi di nuovo ommessa l'accennata sutura, trattandosi nell'altro caso di ripetuto irroramento di orina, d' onde l' infiammazione dello scroto e l'infezione.

In complesso il dott. Bassini operava col processo di Volkmann 17 casi di idrocele della vaginale del testicolo, fra i quali parecchi voluminosi ed in soggetti vecchi, ottenendo 14 guarigioni prontissime nello spazio di 11 a 12 giorni; due guarigioni ritardate per tralasciata cucitura; ed una per irritazione accidentale della ferita.

Coi primi due di questi tre ultimi casi quindi confermava pienamente ciò che noi avevamo nel primo citato articolo asserito, doversi cioè i felici risultamenti ottenuti da Volkmann più alla speciale cucitura che all'impiego degli antisettici, poichè « riunendo con fitti punti di sutura la vaginale alla pelle dello scroto si viene già a togliere il bisogno di tanta disinfezione, non presentandosi a contatto degli agenti esterni che superfici coperte da epidermide o da epitelio, e ciò si è che costituisce (specialmente nei casi di escisione di parte della vaginale) una garanzia pel successivo buon andamento. » L'ultimo dei casi poi dimostra che un diverso metodo di cura e nel quale non fosse rimasto alcuna soluzione di continuo avrebbe scongiurato l'accidente, in altri termini, nè questo, nè altri inconvenienti occorsi anche a Volkmann, sarebbero insorti quando il metodo prescelto fosse stato quello delle injezioni di cloralio.

Vedemmo perciò volentieri come il dott. Lampugnani, il quale con poca precisione chiama col nome generico di idrocele quello della vaginale del testicolo e del cordone spermatico, abbia dato notizia di varj casi di simile malattia curati nella divisione chirurgica del nostro Spedale, diretta dal dott. Cattaneo, e nei quali seguendosi la pratica iniziata da Porta la detta injezione ebbe sempre a trionfare.

Qui pure si tratta di una serie di 17 casi che presentaronsi così suddivisi. Per 12 volte ne era affetta la vaginale del testicolo; per 2 il cordone spermatico e per 3 amendue queste parti assieme, in individui di varia età, dagli anni 7 ai 77, che portavano il male 11 a destra e 6 a sinistra e che guarirono tutti nel termine di circa un mese adoperandosi da 2 ad 8 grammi di cloralio sciolto in uguale quantità di acqua, per ciascuna injezione. In un sol caso fu necessario ripeterla alla metà dose della già usata, cioè a 2 grammi ed in altro si favoriva lo smaltimento del liquido con una semplice puntura evacuatrice.

La qualità del liquido evacuato si mostrò per una sola volta sanguinolento, e non avendosi potuto scoprire in esso traccie di spermatozoi, non si confermava nemmeno qui l'asserzione del Krause (Pitha e Billroht. *Enciclopedia di Patol. Chir.*V. III, P. II, S. VIII) che dice essere la cosa frequente anche nell'idrocele semplice della vaginale.

Noi avremmo invece semplicemente supposto di non essere capitati in casi di forma cistica, che tengono rapporto coll'apparato escretore del testicolo, ed ove il fatto si osserva senza che di sovente la sintomatologia differisca da quella dell'idrocele semplice della vaginale.

Il che non può succedere, sebbene in pratica si osservino casi d'idroceli con tutti i caratteri dei semplici della vaginale, ma che invece appartengono alla forma cistica quella appunto che può presentare gli spermatozoi. E si è a quella forma che probabilmente debbonsi riferire le osservazioni di Lloyd, Liston, Luschka, Paget che Curling cita nella 2.ª edizione del suo trattato, e cita pure Gosselin che quell'opera tradu-

ceva ed annotava (*Traité pratique des maladies du testicule, etc.* Paris 1857).

Circa all'atto operativo per l'injezione cloralica il dott. Lampugnani asserisce che il dott. Cattaneo è solito estrarre il liquido mediante l'aspiratore di Potain, potendo per altro servire, come ognuno sa, un *troiquarts* semplice di media grossezza. Se non che, il primo non sempre trovasi a disposizione dei medici, massime di campagna, e col secondo l'evacuazione del liquido riesce imperfetta, o se completa, ciò avviene dietro pressioni o manualità che possono riescire dannose, per cui in sostituzione dell'aspiratore ed a perfetta riescita dello svuotamento noi ci serviamo di un tubo elastico, della lunghezza di circa mezzo metro e del lume della cannula rimasta in sito ed infossata in cavità dopo l'estrazione del punteruolo, ed applicatolo a quella la sciamo che esca il liquido, che aspirato dal sifone si evacua tutto ed in modo che le pareti dello scroto si addossano al testicolo disegnandone la forma. A questo punto, basta immergere l'estremità libera del tubo nel liquido che si vuole introdurre, portare il recipiente ad un livello superiore della cannula perchè invertendosi l'azione del sifone il liquido vada ad occupare la vaginale. Che se a qualcuno piacesse estrarlo di nuovo non si avrebbe che a riabbassare il vaso perchè esca; ma ciò non occorre colla soluzione di cloralio la cui azione è mite e di meraviglioso effetto, riescendo anche in casi più di una volta ribelli all'injezione jodica.

MAZZONI. — **Varicocele sinistro. Asportazione mediante la forbice Paquelin.** (*Anno sesto e settimo di Clinica chirurgica*, Roma 1881, pag. 112).

Un giovane di anni 21, figlio di genitore che al dire di lui pativa d'uguale malattia; avvertiva da otto anni un'ingrossamento alla parte sinistra dello scroto, che gli arrecava molestia nel camminare e nella lunga posizione eretta. La regione inguino-scrotale del lato nominato infatti era occupata da un rigonfiamento che dall'anello inguinale discendeva nello scroto; il testicolo sinistro era molto più basso dal destro; desso però era normale, col proprio cordone ingrossato; pigiandosi specialmente in basso un'ammasso di rilevatezze cilindriche pastose, vellutate e sfuggenti alla pressione.

Diagnosticato un varicocele sinistro veniva operato con la forbice del termo-cauterio di Paquelin, mediante la quale estirpavansi le vene varicose per la estensione di due centimetri circa insieme ad una zona di pelle compresa in una doppia cauterizzazione a forma di V. La guarigione riescì facile e stabile; noi non crediamo però ancora che per la semplicità dell'applicazione e per la fortuna dell'esito superi quello della legatura elastica sottocutanea.

**Reliquet. — La lithotritie doit être faite sans traumatisme.** (*La litotrizia deve eseguirsi senza traumatismo*). In: *Gaz. des Hôpitaux*, 13 et 16 mai 1882.

Sotto il nome di litotrizia l'Autore comprende anche la recente modalità di essa, la litolaplassi, della quale appunto intende parlare. Tale operazione eseguita secondo i precetti di Bigelow tiene con sè parecchie cause di traumatismo, non di rado perniciosamente sentite dagli infermi, e che sempre nella litotrizia in genere si è cercato di evitare.

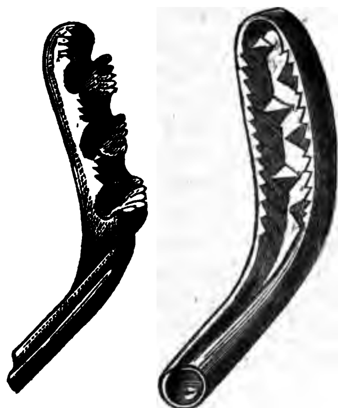
La nessuna preparazione degli organi sui quali si deve agire, la quale oltrecchè assuefarli al contatto di stromenti, fornisce dati preziosi circa al grado di sensibilità e tolleranza loro e ce ne fa conoscere le peculiari condizioni anatomiche; il volume sempre grande degli istromenti, sebbene Bigelow li abbia ora di alcun poco ridotti (*Rèvue de Chir.* avril 1882); la ripetuta introduzione che ne necessità, le protratte manovre in vescica e lungo l'uretra a forza raddrizzata; la distensione forzata della vescica, tanto più se il liquido vi è trattenuto da un anello elastico che stringa il pene attorno alla siringa evacuatrice, sono altrettante condizioni che permettono la lesione della parte profonda dell'uretra, la insorgenza della orchite, la sfuggita di frammenti fra la parete dell'uretra ed il catetere evacuatore, e la cistite dai complesso di queste cagioni o dal restare pizzicata e lacerata la mucosa di un organo che non si conosce.

Di queste cose persuasosi Thompson (*The Lancet*, gennajo 1880) cercò evitarle adoperando sotto minor volume un frangipietra la cui branca maschio presenta la forma di un cono a cresta leggermente dentata, insinuantesi nella larga finestra della branca femmina e destinata a rompere la pietra, poscia dà mano al suo litontritore a morso piatto per triturarlo; egli ancora modificava l'aspiratore ponendo il congegno aspiratore in senso pressochè verticale in rapporto alla siringa evacuatrice, in luogo di lasciarla nell'asse di questa come negli aspiratori di Clover e Bigelow.

Ma sebbene facilitata l'operazione e scemate così le cause di traumatismo non sono onninamente tolte per un'operazione ove « tutte le manovre capaci di ledere l'uretra o la vescica devono assolutamente essere rispettate, non dovendo la litotrizia lasciare tracce dietro di sè. L'operato dal momento che è liberato dalla pietra in vescica non deve punto andare contro a quelle cistiti che durano una o due settimane e che preoccupano Thompson; ma non appena che l'irritazione momentanea dovuta alle manovre è passata, vale a dire dopo alcune ore, di rado dopo due giorni, egli non deve più soffrire. »

E perchè l'intento potesse raggiungersi, senza rinunciare al beneficio di una rapida azione, Reliquet modificava alla sua volta gli stromenti, parendogli che con quelli proposti non si arrivasse ad ottenere rapidamente abbastanza copia di tritume (*De la lithotritie rapide.* Paris 1882). Dopo una serie di esperienze e di modificazione infatti egli fa-

ceva fabbricare da Collin un litontritore a becco più largo che non siano gli ordinarii. « Avendo riconosciuto, dice Reliquet, che per rompere i frammenti occorreva una forza relativamente minore io diminuiva l'altezza della branca femmina, allargandola d'altrettanto. Onde non scemare la forza dei denti triangolari trasversali a dorso d'asino della branca femmina, occupando la loro base due terzi dell'altezza del margine del becco ed essendo in pari tempo più larghi e ve ne posi uno di più. Dal canto del becco maschio, aguzzai il tagliente dei denti mediante tratti di lima sulle loro faccie interne nelle fessure.



« Queste disposizioni combinate coi denti obliqui dei margini del becco femmina impartiscono al mio frangi-pietra, continua l'Autore, una potenza di presa enorme. Le branche non scivolano più sul calcolo; ed ebbi presto ad accorgermi che il mio stromento così foggiato aquistava una potenza a fratturare e triturare assai maggiore. Il largo becco femmina, bene trattenendo i frammenti di calcolo od il calcolo che vi cade, l'azione energica dei denti delle due branche riesce completa, il che permette di frantumare rapidamente una quantità considerevole di pietre. Cionullameno quando si tratta di attaccare una pietra dura, io mi servo ancora del mio stromento col becco femmina più alto. »

Ad ogni presa di questo frangipietra dei frammenti cadono da ciascun lato dei becchi, rimanendone fra loro una parte che stritolata sui denti interni della branca femmina viene ridotta in frantumi piccolissimi atti a sortire. Di più, nessuno di essi può soffermarsi fra le branche che si chiudono perfettamente.

In riguardo alla evacuazione loro, se la vescica si contrae bene, essa viene sempre rapidissimamente eccitata a contrarsi mediante le injezioni colla siringa evacuatrice. Se non si contrae punto od incompletamente, riescono di facilissima applicazione o l'aspiratore il più semplice di Clower modificato da Nélaton e Collin, o quello di Thompson. Ma giam-

mai in queste manovre di evacuazione devesi distendere di soverchio la vescica.

Seguendo tali norme, di sovente ed in una sola e breve seduta l'Autore riesciva ad estrarre completamente le pietre più frequenti, quelle cioè di 2 centim. a 2 e 1[2 di diametro, ma sempre senza esercitare traumatismo. Egli si mostra assolutamente contrario alla pratica di coloro che facendo cadere l' operando nella anestesia completa, continuano senza limite le loro manovre, e ciò malgrado la palese sovreccitazione della vescica. Senza dubbio queste lunghissime sedute non sarebbero possibili che su pochissimi soggetti senza l'anestesia; ma allorquando la sensibilità generale del soggetto è abolita, allorquando non havvi percezione di dolore, e la sensibilità organica della vescica e del suo collo persistono o si risvegliano, allora non si può più progredire senza traumatismo, ed estratto lo stromento conviene estrarre colla siringa evacuatrice ordinaria i frammenti, lasciando in vescica quelli che non possono uscire piuttosto che cagionare traumatismi uretro-vescicali. E quì giova rammentare come Reliquet si comporta nel produrre l' anestesia. Egli seguendo il consiglio di Forné, ad un' ora prima dell' operazione fa prendere all' ammalato da un grammo e mezzo a tre di cloralio, dose sufficiente per addormentarlo. Al momento dell' operazione, basta di fargli inspirare assai tenue quantità di cloroformio per ottenere immediatamente la risoluzione, senza periodo di eccitamento. Con tale processo, assicura l' Autore, la risoluzione si mantiene durante tutto il tempo dell' operazione, ed anche per alcun tempo dopo.

Così moderando le cose, oltrecchè opporsi a coloro che si propongono di liberare il malato in una sola seduta, presentasi altro non indifferente vantaggio, e si è che nel frattempo ben di sovente si incammina la evacuazione spontanea di frammenti abbastanza voluminosi, impossibili ad essere attratti o sospinti nella cannula evacuatrice, portandosi così i due processi vicendevole ajuto.

Ci sembra quindi un po' troppo spinta l' asserzione del prof. Bottini (*La Litolaplassi*, Milano 1881, pag. 21) il quale aggiungendo otto casi ai tre da lui già fatti conoscere (*Ann. Univ. di Med.* — Parte Rivista — N. 256, pag. 104) così conchiude: « Dopo l'introduzione della litolaplassi, la litotrizia classica non ha più ragione di essere; vi sarà una categoria di casi i quali cadranno di loro natura nel dominio della cistotomia ed altri in quello della litolaplassi, ma non saprei scorgere indicazioni speciali per la litotrizia. »

Dal canto nostro, se male non ci apponiamo e da quanto l'esperienza va suggerendoci, la litolaplassi sarà per essere di un grande ajuto alla litotrizia nei casi ordinarii, un prezioso ritrovato quando la litocenosi sia indicata per la difficoltà della evacuazione spontanea dei frammenti. Ma può trovare ostacoli alla sua applicazione nella grande sensibilità del soggetto, massime se per condizioni speciali non si

non si possa in essa ricorrere all'anestesia ed in allora parrebbe conveniente di utilizzare la poco disponibile resistenza del malato a profitto di delicate e brevi manovre di triturazione, fidandosi poscia della spontanea emissione dei frammenti, anzichè passare tantosto alla cistotomia.

SONNENBURG. — **Un nuovo metodo di cura della exstrofia vescicale.** (*Berlin. klinisc. Woch.* S. 429 e *Revue de Chir.* 1881, N. 11).

In fino ad ora per rimediare agli inconvenienti dell'exstrofia vescicale si cercava di costituire alla vescica una parete anteriore, tolta dai tegumenti vicini. Tale operazione non riuscirebbe nei casi di exstrofia grave e nei quali si osserva una larga superficie della vescica rimasta a nudo e sospinta in avanti dai visceri erniosi. Sonnenburg, basadosi ad esperienza istituite da Gluck e Zeller sui cani, ebbe l'idea di esportare completamente la vescica e di cucire gli ureteri al pene. Egli cita un caso da lui così operato e con felice risultato.

GLUCK TH. — **Ueber ein neues Hilfsmittel zur Diagnose einseitigen Nierenerkrankungen.** (*Di un nuovo mezzo ausiliare per la diagnosi delle malattie renali unilaterali*). In: *Centralbl. f. Chir.* 1881, 49.

Il chirurgo, che s'accinge all'estirpazione di un rene, bisogna che sappia se l'altro sia ancora poco o molto attivo; e l'Autore ha appunto escogitato un mezzo comodo e pronto per giungere a ciò. Eccolo in breve:

Dopo avere con un'incisione, più piccola che è possibile, condotta sull'orlo esterno del muscolo sacro-lombare, messo allo scoperto il rene ammalato, se ne isola con una pinzetta a torsione l'uretere e lo si lega. Se il rene avesse due ureteri, si fa lo stesso con ambedue. Dopo ciò si fa al paziente un'injezione sottocutanea di una sostanza che prontamente passi nell'orina; ed all'uopo serve benissimo il ferrocianuro di potassio, oppure il joduro di potassio. Passati alcuni minuti si estrae l'orina col catetere e la si saggia coi voluti reagenti. Supponiamo che siasi injettato il joduro potassico. Devesi ricercare il jodio, e perciò, aggiunta all'orina in provetta un po' di salda d'amido, la si agita e si aggiungono una o due goccie di acido nitrico fumante e si torna ad agitare. Se quell'orina conteneva dell'jodio, la salda d'amido resterà colorata in bleu scuro nero.

Se viene palesata la presenza dell'jodio o dell'altra sostanza injettata, si è sicuri che nel rene da non esportarsi si trova della sostanza funzionante e si prosegue nell'operazione; se invece tale presenza non viene avvertita, allora si scioglie la legatura dell'uretere, si chiude la ferita colle cautele antisettiche e si rinuncia all'operazione.

Due soli inconvenienti può presentare il mezzo proposto dall'Autore: può cioè tornare molto difficile l'isolamento dell'uretere, e può non diagnosticarsi la presenza del rene a ferro di cavallo; nella grande maggioranza dei casi però esso deve corrispondere assai bene.

Lannois. — **De l'Extirpation du rein ou Nephrotomie.** (*Dell'estirpazione del rene o nefrotomia*). In: *Revue de Chir.* 1882, N. 4.

Stando ad una statistica esposta da Lannois, fino all'aprile u. s. in cui nella quale egli scriveva, sarebbersi eseguite 39 nefrotomie, delle quali riescirà utile conoscerne le indicazioni, il metodo o l'esito:

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Wolcott | Sarcoma encefaloideo renale diagnosticato per cisti del fegato. | Per la via addominale | Morte |
| 2 | Peaslee | Cisti del rene creduta dell'ovaja. | Idem | Idem |
| 3 | Spiegelberg | Idem. | Idem | Idem |
| 4 | Simon | Per fistola dell'uretra. | Per la via lombare | Guarig. |
| 5 | Esmarch | Idronefrosi creduta cisti ovarica. | Per la via addominale | Morte |
| 6 | Spencer Wells | Estirpazione accidentale assieme a fibroma uterino. | Idem | Idem |
| 7 | Gilmore | Rene doloroso atrofico. | Per la via lombare | Guarig. |
| 8 | Bruns | Per ferita d'arma da fuoco. | Idem | Morte |
| 9 | Meadows | Cisti renale, creduta ovarica. | Per la via addominale | Idem |
| 10 | Simon | Pielite calcolosa. | Per la via lombare | Idem |
| 11 | Durham | Rene doloroso. | Idem | Idem |
| 12 | Peters | Tubercolosi renale. | Idem | Idem |
| 13 | Brand | Rene prolassato per ferita lombare. | Per la via addominale | Guarig. |
| 14 | Campbell | Cisti renale, creduta ovarica. | Idem | Idem |
| 15 | Marvaud | Rene prolassato per ferita lombari. | Idem | Idem |
| 16 | Langenbuch | Per situazione anormale. | Idem | Idem |
| 17 | Kocher | Sarcoma in rene mobile. | Idem | Morte |
| 18 | Hueter | Sarcoma. | Per la via lombare | Idem |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 19 | Billroth | Idronefrosi. | Per la via addominale | Morte |
| 20 | Jessop | Cancro. | Per la via lombare | Guarig. |
| 21 | Kocher | Neoplasma. | Per la via addominale | Morte |
| 22 | Martin | Rene mobile doloroso. | Idem | Guarig. |
| 23 | Idem | Idem. | Idem | Idem |
| 24 | Idem | Idem. | Idem | Idem |
| 25 | Idem | Tumore maligno. | Idem | Idem |
| 26 | Czerny | Cancro. | Idem | Morte |
| 27 | Merkel | Rene mobile. | Idem | Idem |
| 28 | Zweifel | Fistola uretero-uterina. | Per la via lombare | Guarig. |
| 29 | Czerny | Pionefrosi. | Per la via addominale | Idem |
| 30 | Smith | Rene mobile doloroso. | Per la via lombare | Idem |
| 31 | Martin | Idem. | Per la via addominale | Morte |
| 32 | Idem | Idem. | Idem | Idem |
| 33 | Lossen | Angiosarcoma della capsula. | Idem | Guarig. |
| 34 | Barker | Epitelioma in rene mobile. | Idem | Morte |
| 35 | Cartwright | Rene prolassato per ferita. | Idem | Guarig. |
| 36 | Knowsley-Thornton | Idronefrosi. | Idem | Idem |
| 37 | Lucas | Rene suppurato. | Per la via addominale | Idem |
| 38 | Couper | Idem. | Per la via lombare | Idem |
| 39 | L. Le Fort | Fistola ureterica. | Idem | Morte |

Kümmel H. — **Ueber die Wirksamkeit und die Gefahren der intraarteriellen Infusion alkalischer Kochsalzlösung bei akuter Anëmie.** (*Dell'efficacia e dei pericoli della injezione intra-arteriosa di soluzione alcalina di cloruro di sodio nell'anemia acuta*). In : *Centr. f. Chir.*, 1882, 19.

L'Autore ha poca fiducia nella trasfusione di sangue defibrinato e crede anche che se la peritoneale può essere giovevole negli stati di anemia cronica, non può riescire però di reale vantaggio nelle anemie acute, perchè la virtù assorbente del peritoneo deve in tali casi riuscire inferiore al bisogno.

Schwarz ha preconizzato l'injezione nelle vene di una soluzione alcalina di cloruro di sodio al 0,6 per 100; ed i suoi esperimenti, in proposito sortirono effetto molto felice. Bischoff poi ha praticato tale injezione con successo in un paziente reso assai anemico da una copiosa perdita di sangue: egli preferì le arterie alle vene, perchè queste, negli stati di grave anemia, si lasciano rintracciare con difficoltà.

L'Autore, che è ora assistente nella Sezione Chirurgica dell'Ospedale Generale di Amburgo, ha ripetuto due volte il metodo di Bischoff nelle sale di Schede.

1.° Un uomo di 28 anni venne operato da Schede di nefrectomia per idronefrosi putrida: e l'operazione per le numerose e fitte aderenze, che si dovettero togliere, riuscì molto difficile ed anche discretamente sanguinante. Le tenne dietro grave collasso; ed essendo riusciti a nulla gli eccitanti più forti, l'Autore, d'accordo con Schede, ricorse alla injezione della sopraddetta soluzione di sal da cucina, resa alcalina coll'aggiunta di 2 goccie di soda idrata.

Disinfettata la parte, venne messa allo scoperto l'arteria radiale sinistra, che fu legata. Al di sotto del laccio si conficcò una sottile cannula metallica nell'arteria ed in mezz'ora si infuse un chilogr. di tale soluzione (dunque 33 gr. circa al minuto), scaldata a 39°-40°. Tale soluzione veniva versata per un imbuto di vetro in un tubo di gomma, disinfettato, lungo 1 1¦4 metro, riunito naturalmente alla cannula. L'altezza della pressione fu in principio di 3¦4 di metro, poi di un metro ed anche più.

La mano si fece pallidissima durante l'infusione; ma poi ritornò di color naturale e sensibile, restando solo un po' torpida ed in formicolio.

L'azione dell'injezione fu al momento efficacissima; e già 5 minuti dopo che era cominciata, il polso si fece ben sensibile e pieno, la sua frequenza da 132 si portò a 108; la respirazione pure da 40 discese a 24. Il volto del paziente si rianimò e riprese colore. Il paziente era un *morfiofago* e, datagli una piccola quantità di morfina, si addormentò.

Disgraziatamente non si trattava di una anemia momentanea, essendochè era affetto da degenerazione amiloide anche il rene lasciato in sito: perciò il paziente morì dopo pochissimi giorni.

2.° Ad una donna di 61 anni venne fatta la resezione di un ginocchio, venendone una gravissima emorragia primaria, cessata la quale, l'operata restò in balia di una anemia estrema: gli arti e la faccia erano pallidi, questa era coperta di sudor freddo, le mucose erano pallidissime, il polso appena sensibile, a 100: inquietudine, ecc. Gli eccitanti senza effetto.

Mentre l'Autore disponeva per l'infusione salina intra-arteriosa, ecco che il polso radiale cessa e il cuore si fa debolissimo. Tosto l'Autore mette a nudo l'arteria radiale sinistra e vi introduce la cannula. Il liquido era a 40°; la altezza da cui si versava era di un metro, ma non ne entrava che poco o punto e intanto il pericolo cresceva.

Perciò l'Autore injettò la soluzione con una siringa di vetro; ed infatti dopo averne immessi 200 gr. circa, si rese sensibile il polso alle carotidi e poi anche alla radiale destra. Injettatine 500 gr., parve che tale quantità bastasse perchè il polso si era fatto forte e si era ridotto ad 84 da 100, a cui era: il respiro si fece regolare e la donna prese un aspetto discreto.

Alla fine dell'injezione la mano era divenuta un po'gonfia: però tale gonfiore scomparve in poche ore con una leggiera compressione; ma non vi si era ripristinata la circolazione. Anzi al 2.° giorno la mano fu in preda a rapida gangrena: vi era un enfisema, che giungeva fino al gomito. Venne perciò amputato l'avambraccio al luogo di riunione del 3.° inferiore col 3.° medio e si trovò una trombosi ben soda dell'arteria ulnare.

Del resto l'andamento era buono al momento in cui l'Autore faceva di pubblica ragione questo caso: la paziente si sentiva bene e la ferita era quasi guarita.

Esaminando poi la parte amputata si trovò che l'arteria radiale e le due arcate palmari erano pervie e che la trombosi dell'arteria ulnare giungeva fino al carpo.

L'Autore spiega questa trombosi ammettendo che l'injezione, fatta con discreta forza, grazie alle vie di comunicazione delle due arcate e all'estrema debolezza dell'impulso cardiaco, sia passata dall'arteria radiale nella ulnare, dove soltanto l'onda arteriosa neutralizzò la direzione della corrente salina.

Ne nacque perciò stasi, a cui tenne dietro la trombosi.

Siccome poi la radiale era legata, così la mano restò priva affatto di sangue e dovette cadere in gangrena.

Ecco perchè l'Autore dà ora egli pure la preferenza all'injezione venosa, la quale andrebbe esente dal grave inconveniente qui occorso: egli indica la vena mediana basilica come la più adatta all'uopo, anche perchè facilmente reperibile in ogni circostanza.

Riedel B., in Aachen. — **Zur Frage der Narkose bei der Ovariotomie.** (*Sulla quistione della narcosi nell'ovariotomia*). In: *Centr. f. Chir.* 1882, 9.

Crede l'Autore che la giovane generazione chirurgica sia troppo proclive all'uso del cloroformio nelle operazioni cruente e ritiene invece che in tutti i casi in cui l'atto del vomito può portare dei gravi inconvenienti, si debba seriamente domandarsi se la narcosi sia o no necessaria. Il prof. König già ne fa senza nelle operazioni al ventre, che hanno per iscopo l'esportazione di cisti, perchè nel vomito si rompono i fili di sutura fra la parete addominale e la cistica; ed egli si trova ben contento così facendo.

Anche l'Autore volle contenersi in egual guisa in 2 ovariotomie, e fu contentissimo del fatto suo. Pel taglio della pelle e della linea alba egli somministrò il cloroformio in modo che le pazienti sentivano sì il taglio, ma non già il dolore del medesimo; bastarono perciò poche goccie di cloroformio. Al principio poi dell'incisione peritoneale cessò ogni narcosi; le pazienti bevevano del vino durante lo svuotamento delle cisti; non si ebbe la minima ombra di collasso; l'intestino si potè contenere benissimo; fu poco dolorosa anche la doppia trafittura del puduncolo e la sua legatura con forte catgut; la sutura isolata del peritoneo col catgut fu affatto senza dolore; invece fu dolorosa quella della pelle e la sutura delle pareti ventrali.

Dopo l'operazione pieno benessere, appetito, nessuna debolezza quantunque una cisti contenesse la bella quantità di 32 libbre di liquido (10 chilogr. circa), del quale non colò nel cavo addominale durante l'operazione neanche una goccia, essendo stata ben quieta l'inferma.

Ambedue le operate guarirono benissimo. Il peduncolo venne trattato colle pennellature di jodoformio; e pare che siasi osservato il metodo antisettico, perchè l'Autore dice che il peduncolo è l'unico luogo in cui egli impiegherebbe la medicatura jodoformica sotto all'apparecchio Lister.

Johnen B. — **Zur Frage der Narkose bei Ovariotomie und Kaiserschnitt.** (*Sulla quistione della narcosi nella ovariotomia e nella operazione cesarea*). In: *Centr. f. Chir.* 1882, 20.

L'Autore divide le idee di Riedel e le estende anche al taglio cesareo. Anzi dichiara che in quest'ultima operazione il cloroformio è ancora meno indicato, essendochè le donne sentono dolore solo nel taglio esterno e nella sutura, e tale dolore non è del tutto comparabile con quello portato dalle più gravi operazioni ostetriche. Egli riferisce in proposito anche l'opinione di Kilian, suo maestro, la quale è consona alla sua.

Lasciando da parte il cloroformio si evitano molte grossolane manualità sul corpo dell'operanda; anzi questa coi proprj movimenti volontarj può coadjuvare l'operatore.

Ritiene l'Autore che molti dei casi, di collasso e di morte con sintomi di *shock*, debbansi mettere in conto non già della gravezza dell'operazione, nè della perdita di sangue, ma del cloroformio.

Dello stesso parere si dichiarano in una nota Volkmann e König.

Il primo dice di avere osservato, specialmente nei fanciulli, una serie di morti sotto ai sintomi di *shock*, che egli attribuisce esclusivamente al cloroformio, e che altri dichiarerebbe per intossicazione carbolica, se egli non facesse notare che osservò di tali casi già prima del 1870, epoca in cui incominciava ad usare la medicatura fenica.

König poi dichiara di avere già più volte fatte le medesime riflessioni di Johnen e di Volkmann ed espone anzi un caso in aggiunta a quello di Riedel. Eccolo. Donna decrepita di 65 anni, con tumore ovarico colossale. Operazione senza cloroformio. Si estraggono 3 secchioni di liquido. Dolore solo all'incisione dei tegumenti. Anche la divisione delle aderenze che erano forti, fu indolente.

Non vomito; guarigione, senza reazione, in 14 giorni.

Marta. — **La lussazione anteriore della estremità sternale della clavicola.** (*Gazz. med. It. Lomb.* 1882, Serie 8ª. Tom. 4.°).

La rarità del fatto a lui capitato per due volte spingeva l'Autore a studiare l'argomento intorno al quale stende una breve ma accurata monografia; noi ci limitiamo a far conoscere le cliniche osservazioni:

*Osserv.* 1.ª — Un facchino d'anni 18, da Venezia, veniva accolto nel riparto chirurgico del prof. Minich, per una lesione che avea patito nella spalla sinistra. Il giorno antecedente infatti egli scivolando da un gradino, cadeva a terra battendovi il pomo della spalla sinistra. Rialzatosi si avvedeva di una prominenza alla parte superiore del petto verso la linea mediana, nel tempo stesso che un dolore vivo si era manifestato in quel sito e che si esacerbava sotto il movimento del braccio corrispondente. Applicavansi bagni freddi, finchè esaminato all'ospitale rilevavasi la spalla sinistra più bassa della destra, stando il collo inclinato dall'istesso lato, il braccio avvicinato alla parte laterale del tronco, leggermente ruotato all'esterno. La rotondità della spalla era conservata, solamente non osservavasi la sporgenza dell'acromion. notandovisi invece una leggera depressione che divideva il pomo della spalla da una prominenza poco manifesta corrispondente all'articolazione acromio-clavicolare.

Anteriormente, in corrispondenza dell'articolazione sterno-clavicolare sinistra, si vedeva e si sentiva una sporgenza di forma pressochè rotonda più vicina all'incisura dello sterno che non fosse quella di destra La lussazione era completa, il capo articolare per intero fuoruscito dalla fossetta corrispondente restando appoggiato sulla parte superiore del manubrio dello sterno. Tuttavia l'accavallamento non costituiva una prominenza tanto considerevole da costituire una grave deformità, e ciò forse perchè vi era discreto sviluppo del tessuto adiposo. I movi-

menti del braccio corrispondente erano dolorosi ne si compivano che coll'ajuto dell'altro; impossibile riesciva il solo tentativo di portarlo in alto; ed ogni minimo movimento dell'arto veniva impresso all'osso lussato che lentamente lo seguiva.

Fatto sedere il malato su di una scranna si tentava la riduzione, dapprima stirando orizzontalmente ed un po' posteriormente il braccio, dal lato della lesione, mentre un secondo assistente cercava di tenere immobile il tronco facendo alla sua volta una specie di contro estensione. Applicati allora i due pollici all'estremità sporgente della clavicola, con forza si tentò cacciarla all'indietro in una direzione diagonalmente opposta alla fossetta sterno-clavicolare e si ottenne in tal modo la riduzione. Essa per altro non si mantenne a lungo, perchè poco dopo un leggier movimento del braccio svelse nuovamente dalla sua nicchia l'epifisi sternale che riprodusse lo spostamento. Ripetevasi allora la riduzione, ma stirando fortemente le spalle all'indietro, ed imprimendo nel tempo stesso al capo della clavicola una spinta verso la sua articolazione coll'applicarvi nuovamente i due pollici. Si fissò in allora l'arto al tronco con una larga lista di cerotto, che avvolgendo dapprima il braccio passava sul dorso per raggiungere anteriormente la mammella sinistra. Si applicava poscia una stretta fasciatura circolare in modo che il punto d'incrociamento dei giri della fascia corrispondesse all'articolazione sterno-clavicolare-sinistra, sopra la quale ponevasi un cuscinetto di tela. Non è detto se la riduzione siasi mantenuta.

*Osserv.* 2.ª — Una signora esercitandosi al nuoto e facendo uno sforzo esagerato onde guadagnare presto la riva lussavasi anteriormente la estremità interna di una delle clavicole (non è detto quale) formandosi una sporgenza molto appariscente dall'osso lussato. Tentavasi invano la riduzione ed al momento attuale, dopo essere passati alcuni anni, si nota una leggera protuberanza del capo interno della clavicola, come si trattasse di lussazione incompleta.

FORSTER. — **Dell'uso del fasciatojo di caoutchouc solido nella cura consecutiva di alcune forme di lussazione e della rigidità consecutiva.** (*The Lancet*, 21 maggio 1881).

L'Autore cita diversi casi di lussazioni nei quali adoperava con vantaggio il mezzo già indicato onde rimediare a varii accidenti quali la anchilosi parziale, l'edema, ecc., che loro possono tener dietro. Egli ne vede l'utilità nel presentare un mezzo di resistenza elastica continua, nel favorire il riassorbimento degli spandimenti fibrosi, sierosi, ecc., nel procurare all'ammalato una sensazione di sostegno che lo pone in grado di eseguire i movimenti con maggior confidenza. Un lieve inconveniente per l'uso continuo della benda di caoutchouc si è la formazione di piccole vescicole che possono diventare moleste; ma ciò si può evitare perforando la fascia con piccoli fori ai convenienti intervalli.

Oppure adoperando fascie elastiche tessute anzichè laminate.

RAFFA. — **Shock. Storia clinica, considerazioni e proposta.** (*Sperimentale*, maggio 1882).

La storia clinica riguarda un fochista ferroviario che avendo avuto stritolate le gambe dalle ruote della locomotiva, e nel quale la natura ed il grado della riportata lesione, avrebbero richiesto l'amputazione di amendue gli arti, ma ode trasportato all'ospitale non lo si potè tantosto eseguire per il grado sommo di *shock* nel quale il ferito era caduto. Quasi esanime però gradatamente si riebbe colla somministrazione di vino di Marsala nella dose di 25 a 30 grammi ad ogni quarto d'ora, aggiungendovi a ciascuna volta 8 o 10 goccie di etere solforico; cui avrebbe potuto aggiungere qualche injezione sottocutanea dello stesso. Indi a circa due ore rialzatesi le forze incominciò un gemizio importante dai luoghi lacerati e l'Autore a frenarlo trovò fra tanti migliore espediente di circondare l'arto poco sopra le parti lese, con un tubo elastico di piccolo diametro che lo faceva cessare completamente. Pose così il suo malato in grado di essere cloroformizzato ed amputato al terzo superiore delle gambe, ottenendone la guarigione nello spazio di circa tre mesi. L'operazione era stata eseguita colle precauzione antisettiche, e la medicatura con quella all'acido fenico misto al jodoforme. Cionullameno dal terzo al sesto giorno eravi stata reazione piuttosto forte, ma l'Autore ama attribuirla a principj settici formatisi ed assorbiti nel brevissimo tempo scorso dall'accidente all'operazione anzichè dopo di questa. Da tutto ciò chiaramente ne emerge quali possono essere le proposte del dott. Raffa per riescire a rilevare le forze del paziente troppo abbattute per subire un'amputazione; per arrestare il sangue prima di questa; e porre l'individuo in grado di essere assoggettato a protratta anestesia generale.

LANDERER. — **Extirpation des Talus bei Luxation.** (*Estirpazione dell'astragalo lussato). Centr. f. Chir.* 1881. N. 39.

Il presente caso, osservato dall'Autore nella clinica chirurgica di Lipsia, della quale egli è assistente, merita di essere conosciuto per la rarità del genere di lussazione di cui tratta (già per altro descritta dai classici), del pari che per il suo felice esito:

Un operaio di 28 anni, al 28 aprile dello scorso anno cadde dall'altezza di circa 4 metri battendo col piede sinistro, che si trovava in forzata posizione di flessione plantare, su un grosso sacco sporgente dal suolo. Ricoverato in clinica ed esaminato dall'Autore poche ore dopo presentava il piede posto in forte adduzione ed in flessione plantare coi malleoli ravvicinati di 1-2 centimetri alla pianta del piede. Nel dorso poi del piede, al davanti dei malleoli, v'era una sporgenza ossea in forma di cubo, tenutavi fissa dai tendini estensori rimossi dalla loro posizione normale; la pelle n'era tesa e pallidissima.

Venne perciò stabilita la diagnosi di lussazione dell'astragalo e riuscirono infruttuosi i tentativi di ridurla, ripetuti a più riprese anche nei

giorni seguenti. Siccome poi la cute tendeva a rendersi gangrenosa al disopra dell'astragalo, si involse il piede in un apparecchio antisettico ed al 4 maggio si procedè all'estirpazione antisettica dell'astragalo stesso, facendo un taglio anteriore di 12 centimetri fin contro alla superficie cartilaginea di esso. Si ebbe allora la sorpresa di osservare che la parte sporgente non era la puleggia dell'astragalo, come si credeva, ma invece l'eminenza del capo di quest'osso medesimo, e perciò si riconobbe di aver a fare colla sua forma più rara di lussazione. Recisi i mezzi di riunione dell'astragalo col calcagno e colle ossa della gamba del pari che collo scafoide, si vide che esso erasi girato intorno al suo asse trasversale e si era messo perpendicolarmente. Vi erano gravi suggellazioni dei tessuti bianchi. Tirando da parte con degli uncini ottusi i tendini estensori, venne estratto l'astragalo, dopo avere recisi i legamenti astragalo-calcaneali. Si introdusse un tubo da fognatura attiguamente al malleolo esterno, si fece la sutura e la medicatura colla juta carbolica, si applicò una stecca a T di Volkmann, ed il decorso fu affatto senza reazione, avendosi solo avuto per alcune settimane una limitata gangrena dei bordi della pelle malmenata e la uscita di poco liquido muco-purulento dall'apertura rimasta fra la gamba ed il calcagno, a cui tenne dietro la guarigione con una cicatrice mobile e per nulla aderente alle ossa sottostanti.

L'articolazione fra la gamba ed il calcagno conservava una mobilità di 40°-50° e la distanza fra i due malleoli, passando sotto la pianta del piede, era di 4 centimetri più corta che non dall'altra parte; perciò la estremità inferiore della gamba si era avvicinata di 2 centimetri alla pianta del piede. L'operato a 2 mesi dopo la caduta toccatagli era già in grado di fare senza bastone delle lunghe passeggiate senza risentirne danno, nè dolori.

Dopo avere esposto questo caso l'Autore fa notare che la riduzione dell'astragalo lussato non riesce che in $^1/_4$ dei casi e che perciò negli altri $^3/_4$ ci troviamo dinanzi al quesito se si debba adottare una cura aspettante od una cura operativa. La prima, anche nelle circostanze più favorevoli, lascia un arto che deve essere adoperato con molta circospezione e che facilmente si rende dolente: la flessione dorsale del piede vi è poi quasi affatto impedita. Spesso inoltre l'astragalo suppura e si necrosa sia perchè la pelle che lo ricopre, per essere troppo tesa, cada in gangrena, sia per altro, ed allora dopo molti e molti mesi l'osso viene eliminato, restando anchilosata l'articolazione: oppure si deve passare all'amputazione della gamba od anche può verificarsi la morte per pioemia.

Perciò egli crede che si debba preferire la cura operativa, specialmente se la pelle minaccia di gangrenarsi, e più volentieri eseguisce la resezione precoce dell'osso che non la tardiva per non dar tempo alla formazione di abnormi adesioni. Naturalmente non si deve mai operare senza una severa antisepsi.

MEDINI. — **Disarticolazione del 1.° cuneiforme.** (*Bullett. delle scienze mediche di Bologna.* Serie VI, Vol. VIII).

Eseguita per la prima volta dal prof. G. Marcacci (*Sperimentale*, fascicolo 10, ottobre 1881), veniva tale operazione ripetuta dal dottore Medini nel seguente caso:

Un facchino d'anni 60, di sana e robusta costituzione fisica, mentre scaricava legna perdeva l'equilibrio cadendo dall'altezza di circa tre metri urtando con violenza il piede sinistro contro la estremità di uno sprone di ferro. Ne veniva una larga ferita lacero-contusa che dal disotto del margine intorno del piede, nella regione del tarso, si estendeva trasversalmente in alto per circa 6 centimetri sul dorso formando un lembo colla convessità verso le dita. Il 1.° cuneiforme era scoperto in parte del periostio ed in alcuni punti scheggiato, il tendine del tibiale anteriore troncato quasi alla sua inserzione col cuneiforme. Si tentava la riunione della ferita con medicatura, ma il lembo cadeva in gangrena lasciando una vasta piaga; formavansi infiltramenti marciosi sul dorso del piede lungo le guaine dei tendini estensori e che venivano aperte. Frattanto il 1.° cuneiforme cariato coprivasi di fungosità le suppurazioni facevansi abbondanti, insorgeva febbre, e l'Autore pensava quindi di esportare l'osso mortificato.

A questo fine stabiliti i punti di congiunzione del cuneiforme colle ossa vicine, lo afferrava con un pajo di robuste pinzette uncinate, spostava all'infuori il tendine dell'estensore proprio del 1.° dito, e penetrato con un bistorì robusto ed a lama stretta nelle articolazioni cuneo-metatarsea, cuneo-scafoidea, cuneo-cuneica, lo lussava esportandolo. Non avendo lembo per ricoprire il vuoto, lavava le parti con acqua fenicata, e fatta l'emostasi colmava lo con cotone antisettico, sostenendo il piede con appropriata ferula e fasciatura.

Non insorse significante reazione nè altro spiacevole accidente, e col ripetersi delle antisettiche medicature, il cavo si riempiva di granulazioni ed in due mesi circa cicatrizzava; nel termine di un terzo mese poi l'operato riacquistava l'uso dell'arto in modo da potersene liberamente servire.

BERNHARDT MARTIN. — **Uber das Zusammenvorkommen von Tabes und Mal perforant du pied.** (*Della coincidenza della tabe dorsale col mal perforante del piede*). In: (*Centr. f. Chir.* 1881, N. 42).

Fra le varie opinioni emesse dagli autori circa il mal perforante del piede, molto accreditata è quella che lo fa dipendere da locale infiammazione neuroparalitica con carattere maligno. Fra gli altri Estländer difese molto valorosamente tale modo di vedere, al quale prestano rilevante appoggio molti dei fatti estesamente esposti da Dupuy e Morat (1).

(1) « Recherches sur la nature et la pathogénie du mal perforant du pied. » — « Arch. gén. de Méd » 1873.

Questi autori fanno derivare il mal perforante del piede da una degenerazione dei nervi delle corrispondenti regioni, la quale può riconoscere più cause, cioè od essere in dipendenza di una malattia de midollo spinale, oppure essere prodotta da una affezione dei tronchi e dei rami nervosi. Essi hanno infatti osservato molti ammalati, i qual presentavano delle anomalie di sensibilità nel distretto del male perforante del piede, anomalie le quali offrivano molte analogie con quanto si osserva nella tabe dorsale: per esempio, riferiscono di un loro paziente, il quale, mentre avvertiva la punta di uno spillo, con cui lo si toccava, non sentiva poi alcun dolore se questo spillo gli si cacciava profondamente nelle carni. Gli stessi autori osservarono vari ammalati, quali avevano sofferto di dolori folgoranti molto prima che patissero il male perforante del piede; ed alcuni di essi avvertivano inoltre una certa debolezza nelle loro estremità inferiori ed una certa titubanza nel camminare, oppure cessava in essi il sudare ai piedi, prima in loro molto abbondante; ad altri pareva di avere una palla sotto la pianta dei piedi. Un loro ammalato soffriva di formicolio nel cavo ed alle dita dei piedi, e in seguito anche alle mani; gli pareva di camminare su della sabbia ed i piccoli oggetti gli sfuggivano di mano. I detti autori hanno poi una osservazione intitolata: atasia locomotrice, ulceri perforanti multiple — ed a buon conto vogliono che in ogni caso di mal perforante del piede si debba ben esaminare lo stato del sistema nervoso, persuasi come sono che con una attenta ricerca vi si potranno scoprire dei sintomi dipendenti da alterazioni sue centrali.

L'Autore ebbe in cura un ammalato (e qui ne dà in breve la storia) di tabe dorsale, il quale parecchi anni prima che si accorgesse dei fenomeni di questo era stato colto dal male perforante in ambedue i piedi, male che in uno sussisteva ancora al momento dell'osservazione, cioè 5 o 6 anni dopo la sua prima comparsa, quando già era ben spiegato i quadro della tabe dorsale. L'Autore stesso ha potuto trovare mentovata tale coincidenza del male perforante del piede colla tabe dorsale anche in altri autori, per esempio, in Hanot (1).

Duplay e Morat ammettono però che il mal perforante del piede non sia sempre dovuto a malattia del sistema nervoso centrale, ma possa anche essere prodotto da ferite e lesioni dei grossi tronchi nervosi, da congelamento ai piedi, ecc. (2). L'Autore non si pronuncia in proposito ed anzi propende ad ammettere che l'affezione nei malati di tabe dorsale non abbia un andamento speciale, come pure inclina a ritenere che non l'abbiano neanche le alterazioni articolari tanto spesso descritte in tale sorta di ammalati.

(1) « Deux observations de mal perforant avec Ataxie locomotrice. » — « Arch. de phys., etc. » 1881.

(2) Veggasi in proposito anche la Memoria del dott. Conti *Un caso di ulcera nervo-paralitica.* (« Ann. Univ. di Med. » Vol. 249, Fasc. 747, 1879).

KESSOVITZ M., in Wien. — **Die Ursache der Gelenkschlaffheit bei der Rhachitis.** *(Della causa del rilasciamento delle articolazioni nella rachitide).* In: *Centr. f. Chir.* 1882, 24.

È cosa nota che nei gradi più avanzati della rachitide si osserva una mobilità anormale nelle articolazioni ammalate; così nel rachitico che tenga ben distesi gli arti inferiori, possono determinarsi nelle gambe delle considerevoli escursioni sia nel lato dell'abduzione che in quello dell'adduzione, come pure tenendogli ben fisso il femore e distesa la gamba, si può imprimere a questa un movimento di rotazione, il quale, al pari delle escursioni indicate riesce impossibile negli individui sani. Così pure quando il rachitico tenga disteso l'arto superiore, gli si possono fare eseguire dei movimenti passivi di iperestensione e di lateralità al gomito, che nel sano non si verificano. È poi notissima, l'abnorme mobilità delle dita di tali individui.

Questi fatti si attribuiscono ad abnorme rilasciamento del complesso dell'apparato legamentoso delle articolazioni, e così è infatti: ma donde tale rilasciamento? È ciò che cerca appunto di spiegare l'Autore, il quale ha già fatto un importante lavoro sull'ossificazione normale e patologica (1).

Per restringere in poco il pensiero ampiamente svolto da esso lasciando da banda la parte istologica dell'argomento, ecco la spiegazione che egli dà del fatto:

Si sa bene che i rachitici tardano a camminare ed anche a reggersi in piedi, e nelle riacutizzazioni del male diminuisce in essi la possibilità sia di camminare che di sorreggersi. Ciò non dipende punto da debolezza muscolare, perchè si vedono tuttodì ragazzi non rachitici, che, per quanto sieno deboli, anemici e dimagrati, pure corrono per tutto il giorno, mentre il rachitico, anche se sia ben nutrito e forte, non vuol muoversi, oppure anche cessa di farlo, magari quasi improvvisamente, se già prima si muoveva lestamente. I rachitici poi si lagnano di dolori alle articolazioni e cercano di non muoversi punto e di mettersi in posizione da non subirci compressione di sorta. E non solo dolgono al rachitico le superficie articolari, cioè le ossa e le cartilagini, il periostio ed il pericondrio, ma eziandio le inserzioni dei legamenti articolari, i quali pure, al pari delle parti prima nominate, sono in preda ad un processo flogistico.

Tutto il processo infatti della rachitide dipende alla fin fine da infiammazione dei luoghi di sovrapposizione delle ossa, cioè delle località nelle quali sia nel feto che nell'infante ha luogo l'aggiunta della sostanza ossea. Là i vasi sanguigni si fanno più numerosi e dilatati e danno luogo ad una più abbondante proliferazione degli elementi della

(1) « Die normale Ossifikation und die Erkrankungen des Knochensystems bei Rachitis und hereditärer Syphilis. » Wien, 1882. Braun-Müller.

cartilagine, i quali, difettando di sali calcarei, non possono convertirsi in ossa ben sode. Anche la soverchia vascolarizzazione delle ossa spugnose già formate, finisce collo spogliarle dei sali calcarei e pertanto col rammollirle. Continuando il male, i vasi sanguigni, che si è detto di sopra trovarsi più copiosi e sovrariempiuti al di là del normale, penetrano anche nel periostio e nel pericondrio; ed ecco che anche queste parti trovansi in uno stato di vascolarizzazione esuberante ed anormale, il quale dà luogo alla formazione di uno strato cellulare fra la cartilagine ed il pericondrio, strato tenero e molle, che toglie assai di sodezza alla parte, la quale non si offre perciò più così resistente, come è di regola, ai luoghi di inserzione delle capsule e dei legamenti articolari. Questi perciò non vi trovano più un punto d'appoggio ben fisso e finiscono collo stirare gradatamente in ogni senso le superfici ossee e cartilagini dell'articolazione col risultato definitivo di un rilasciamento nei mezzi contentivi dell'articolazione medesima.

Tale succolenza della parte fa poi anche sì che il solo peso del corpo e la semplice azione muscolare bastino a sformarla.

Sakimovitch. — **Intorno al trapiantamento di scheggie ossee nelle ossa lunghe.** (*Wratch.* 1880 e *Revue de Chir.* 1881, N. 11).

Volendo studiare la questione della possibilità del trapiantamento di scheggie ossee, l'Autore intraprendeva una serie di esperienze sui cani. A quest'intento denudava il femore o la tibia di questi animali, togliendo col mezzo di una sega o di cesoje dei frammenti di diafisi di queste ossa. Tali scheggie erano lunghe due centimetri e dello spessore dell'osso, ed alcune completamente denudate dal periostio.

In una prima serie di esperimenti questi frammenti che per la maggior parte non avevano soggiornato più di cinque minuti fuori della ferita, vennero ricollocati al loro posto; in un'altra serie quelli denudati dal periostio vennero adagiati pure al loro posto ma in posizione inversa, di modo che la loro faccia esterna diventasse interna e viceversa; una volta s'impiantò un frammento nel midollo chiudendo l'apertura fatta col frammento levatone. Mediante sutura si riunivano le ferite esterne praticate.

Dopo uno spazio di tempo vario, gli animali venivano uccisi, e lo studio fatto delle parti mostrava che i frammenti ossei trapiantati erano perfettamente saldati alla continuità dell'osso, rappresentando parti realmente viventi di esso.

Kölliker. Th. — **Uber Transplantation von Knochenmark.** (*Dell'innesto del midollo delle ossa*). In: *Centr. f. Chir.* 1881, N. 37.

P. Bruns comunicò al 10° Congresso dei Chirurghi tedeschi le sue esperienze sull'innesto del midollo osseo, dalle quali restò definitivamente provata in genere la rigenerazione delle ossa per parte di esso. L'Autore ritenendo del più alto interesse tale fatto, fece anch'egli delle

esperienze in proposito nell'Istituto anatomo-patologico di Lipsia, tentando però l'innesto del detto midollo non già sotto la pelle, come aveva fatto Bruns, ma nella camera anteriore dell'occhio e nel cavo peritoneale.

All'uopo si servì di conigli, che non avessero ancora raggiunto il loro completo sviluppo, e faceva l'innesto sullo stesso animale da cui toglieva il midollo osseo. Per l'innesto nella camera anteriore dell'occhio faceva egli in prima la trapanazione di una tibia dell'animale e toglieva dalla stessa un cilindro di midollo e lo introduceva nella camera anteriore dell'occhio con un istrumento simile (in piccolo) al *porta-rimedio* di Dittel. Per l'innesto nel cavo peritoneale, operava prima la disarticolazione di una gamba dell'animale, poi toglieva dalla medesima l'intiero cilindro di midollo della diafisi della tibia e lo introduceva nella cavità peritoneale. Ebbene, dopo alcuni casi di insuccesso, dovuti od a difetto di tecnica od a troppo corta durata dell'osservazione, egli osservò la formazione di cartilagine e d'osso per parte del midollo trapiantato in ambedue le parti indicate.

SCHÜLLER MAX, in Greifswald. — **Zur Kenntniss der Mikrokokken bei akuter infektiöser Osteomyelitis; Mikrokokkenherde in Gelenkknorpel.** (*Dei Micrococchi nell'osteomielite acuta infettiva e dei focolai di micrococchi nelle cartilagini articolari*). In: *Centr. f. Chir.* 1881, N. 42.

Nell'osteomielite acuta infettiva la presenza di micrococchi negli organi ammalati venne con sicurezza stabilita da Lücke, Klebs, von Recklinghausen e poi da Eberth, il quale rischiarò soprattutto la parte istologica del fatto: ed i suoi reperti vennero confermati anche dall'Autore di questo scritto, il quale offre qui il risultato dell'esame di un caso che riesce di contributo importante alla cognizione dell'argomento. Ecco dunque in breve i fatti da lui esposti:

Ad un ragazzo di 15 anni, affetto da suppurazione acuta dell'articolazione del ginocchio l'Autore dovette il 27 gennaio 1881, tre settimane dopo il principio della malattia, amputare il femore corrispondente; e l'operato guarì. Ma quel che ora ci importa non riguarda lui, bensì il pezzo amputato.

In questo, tosto dopo l'amputazione, l'Autore trovò i micrococchi rotondi nei tessuti freschi, dei quali preparava dei sottili strati col microtomo (1) di Roy, come pure ve li trovava in seguito in altri pezzi lasciati sia nel liquido del Müller che nell'alcool. L'Autore li potè pure osservare con un microscopio Zeiss (a 600 diametri di ingrandimento) e coll'apparecchio illuminante di Abbe mediante la semplice aggiunta ai preparati di una goccia di glicerina, quando aveva

(1) Gefriermikrotom.

avuto cura di previamente colorarli. Per la detta colorazione egli trovò molto conveniente la soluzione acquosa al 100° di violetto di genziana, o di rosanilina di bruno Bismark, oppure la soluzione alcoolica al 100° di violetto metilico, od una miscela di carminato d'ammoniaca e di una soluzione acquosa al 3 per 100 di acido fenico. Li confermava pure coll'aggiunta di una goccia di acido acetico concentrato o di una soluzione di potassa caustica.

Egli trovò tali micrococchi nel midollo nel periostio delle ossa ammalate e nelle parti molli confinanti prese da infiammazione o già infiltrate di pus, non che nei tessuti componenti l'articolazione secondariamente ammalata; e vi erano o disposti in fila o formanti un intreccio, o si infiltravano estesamente, oppure formavano dei focolai più o meno distesi delle forme più varie. L'Autore rimanda chi ama essere informato con precisione di tali singole alterazioni osservate, alla dissertazione del suo allievo Hellmann sull'osteomielite acuta infettiva.

Un fatto che egli prende a descrivere estesamente e che viene illustrato anche da 2 figure annesse, è la presenza di focolai di micrococchi nelle cartilagini articolari, fatto che egli dice, negli uomini almeno, non ancora osservato nè fatto pubblico da alcuno. Egli dunque osservò che le cartilagini articolari del femore, e della rotula, e quella del capo della tibia, del pari che la inter-articolare del ginocchio si presentavano in alcune località mancanti, in modo da lasciare a nudo l'osso o da offrire dei vari pertugi; in altri luoghi erano ridotte a sottilissime lamelle; in altre erano perforate da numerosi e sottili canali, grossi dalla punta di un ago fino alla capocchia di uno spillo. Tali canali trapassavano tutto lo spessore delle cartilagini e mettevano nei tessuti attigui ed erano ripieni di una sostanza minuta giallo-grigia, costituita di micrococchi, di goccioline adipose, di piccoli resti di cartilagine e di corpuscoli di pus. Nei canali più grossi si trovavano anche delle cellule rotonde pallide, piene zeppe anch'esse di micrococchi. Oltre a ciò v'erano anche delle righe nelle dette cartilagini, le quali in tali punti presentavansi colorate e rammollite, e l'Autore le considera come un primo stadio dell'affezione che in seguito dava luogo alla perforazione delle cartilagini stesse. Vi erano poi numerosissime file di micrococchi, disposti in giro, i quali col distruggere ciò che avevano di mezzo a loro, era a presumersi che dessero luogo alla formazione dei canali.

Tutte queste alterazioni erano prodotte da micrococchi, i quali si vedevano penetrare dal midollo osseo ammalato nelle prossime capsule cartilaginee e dal periostio e dal pericondrio nelle cellule cartilaginee, riempiendole, dilatandole, insinuandosi fra di esse, riuscendo infine a disgiungere tali elementi della cartilagine, a distruggerli ed a perforare la cartilagine istessa.

Non vi era ombra di proliferazione delle cellule cartilaginee, nè di granulazione delle cartilagini, per cui la distruzione di queste era sicuramente dovuta non ad altro che all'invasione dei micrococchi.

Nei canali della cartilagine della tibia l'Autore trovò dei grossi ammassi rotondi di Zooglee in mezzo ad una rete di canali riempiuti da micrococchi.

Egli finisce col far notare la perfetta somiglianza dei descritti focolai di micrococchi nelle cartilagini con quanto egli già osservò nelle cartilagini articolari di animali infettati con tubercoli e crede che l' invasione di micrococchi nell'organismo può portare molteplici forme morbose, di cui l'osteomielite acuta infettiva non è che una, e crede anche che da adesso in avanti assai probabilmente tali focolai verranno più frequentemente osservati nell'affezione secondaria delle articolazioni; e già fin d'ora egli ha più volte trovato mentovate (casi presi da Klose) le perforazioni delle cartilagini.

Kocher. — **Uber isolirte Erkrankung der Bandscheiben in Kniegelenk und die Chondrectomie.** (*Delle malattie isolate delle fibro cartilagini del ginocchio e della condrectomia*). In: (*Centr. f. Chir.* 1881, 44 e 45).

Le resezioni articolari sono oramai ritenute quasi affatto senza pericolo dai chirurghi che mettono in pratica il metodo antisettico; ma il risultato finale delle stesse non è tale da soddisfare alle concepite speranze e l'Autore ritiene che il potere astenersi dalle medesime mercè di una pronta esportazione delle parti ammalate delle articolazioni sia opera assai conveniente; ed egli appunto colla presente comunicazione volle contribuire alla diagnosi delle lesioni articolari circoscritte e dimostrare che l' esportazione della parte ammalata restituisce in integrità l' articolazione e ne riattiva la piena funzionalità: dimostra inoltre che le malattie articolari diffuse non solo possono essere occasionate da lesioni ossee circoscritte, ma eziandio da lesioni circoscritte delle altre parti dell'articolazione.

Ecco ora in breve i casi esposti dall'Autore:

1.° Un vecchio di 62 anni, essendosi un giorno, nove mesi prima di venire esaminato dall' Autore, disteso nel letto un po' violentemente, sentì improvvisamente un forte dolore al ginocchio sinistro che d'allora in poi si ripeteva nel levarsi in piedi costringendolo a restare in piedi, ma poi dopo un certo tempo cessava. Il camminare non eragli punto impedito ed il dolore stesso andò a mano a mano diminuendo, finchè dopo 7 mesi cessò affatto. Ma poi il ginocchio si inflammò, dando luogo a versamento temporario. Però d'allora in poi il paziente sentiva sia nel camminare, come nello stare in piedi ed anche colla compressione, un dolore circoscritto per l'estensione di 4 centimetri in corrispondenza del menisco interno del ginocchio essendo la regione soprastante, tumefatta e dolente.

Il 18 dicembre 1878, ignipuntura in due luoghi dalla parte dolente, apparecchio Lister e gessato.

2 gennaio 1879. Il paziente si alzò coll'apparecchio gessato senza sentir dolori.

10 gennaio. Stette alzato per 10 ore e camminò senza dolori, le piaghe erano belle.

14 gennaio. Tolto l'apparecchio. I movimenti del ginocchio pochissimo dolenti; la estensione era un po' limitata. Elettricità.

17 gennaio. Lieve spandimento nel ginocchio, che non doleva più; i movimenti erano regolari e forti. Il ginocchio venne involto in una fasciatura elastica e stropicciata.

29 gennaio. In corrispondenza del menisco interno vi era una affondatura; i solchi ad ambedue i lati della rotella erano ben visibili; i movimenti del ginocchio liberi, indolenti e vigorosi. Il paziente venne dimesso e il 12 marzo scriveva all'Autore di continuare a star bene, di non sentire alcun dolore e che faceva tutti i giorni una piccola passeggiata d'un chilometro.

2.° Un ragazzo di 6 anni, presentava già da 4 anni il ginocchio sinistro più grosso del destro e alla sera era molto stanco. Alla parte interna del medesimo gli si formava un ascesso, il quale dopo un po' di tempo si chiuse spontaneamente. La funzione del ginocchio persisteva ancora ed il ragazzo era sano.

L'Autore lo vide l'8 aprile 1881 e gli trovò la muscolatura dell' arto sinistro un po' atrofica, il ginocchio tumefatto, con un po' di spandimento; la capsula in relazione col quadricipite non era inspessita, nè la rotula nè i condili del femore erano altrimenti alterati. Invece al disopra del menisco interno esisteva una cicatrice aderente; ed esso menisco era tumefatto e dolente alla pressione, anche il menisco esterno era un po' sporgente. Il ginocchio si trovava in una leggiera posizione volga con lieve deviazione della tibia all'indietro; la circonferenza interna del condilo interno della tibia era molto sensibile.

Venne perciò fatta la diagnosi di osteite del condilo interno della tibia con sinovite secondaria dell'articolazione e con affezione secondaria probabilmente fungosa, del menisco stesso.

Per praticare l'esportazione delle parti ammalate l'Autore, dopo avere reso anemico l' arto, fece un taglio un po' al di sotto della nominata cicatrice dall' orlo inferiore della rotella sopra al condilo interno, e tosto gli apparve l'orlo del menisco fluttuante, al quale aderiva la cicatrice. Spaccata la capsula al margine della tibia sana, gli si presentò sporgente un cercine, da cui sortirono alcune goccie di marcia: questo cercine non era altro che il menisco tramutatosi in una soda massa di granulazione, la quale alla superficie suppurava.

Tutto questo cercine di granulazione venne esciso ed all'esame microscopico venne riconosciuto fungoso.

Arresto del sangue, sutura della capsula e della pelle senza tubo da fognatura, medicatura con cloruro di zinco e disposizione dell' arto su una stecca.

25 aprile. Il paziente fu sempre senza febbre, senza dolore e di buon umore. Primo rinnovamento della medicatura.

27 aprile. Seconda medicatura.

3 maggio. Terza: si levarono i punti di sutura: zinco-vaselina.

6 maggio. La piaga pienamente guarita, il ginocchio disteso, solo un po' sensibile alla pressione al disopra del condilo interno della tibia in un punto. L'arto venne disposto in una cassetta.

12 maggio. L'operato venne lasciato senza apparecchio, si muoveva, ma non poteva levarsi in piedi.

17 maggio, venne dimesso.

L'Autore, lo vide di nuovo il 7 giugno e non gli potè trovare altro male al ginocchio che un certo ingrossamento al luogo della cicatrice. Il ragazzo non sentiva più dolori alla compressione, poteva sollevare la gamba distesa e fletterla fino a 90 gradi.

3.° Questo caso riguarda un giovane di 21 anni, al quale venne pure esciso il menisco interno del ginocchio destro, che erasi fatto fungoso, come pure furono escise parecchie altre granulazioni, in due riprese, alla distanza di un anno e mezzo. L'ultima volta venne fatta inoltre la puntura dell'articolazione, evacuandone circa 50 grammi di liquido citrino ed injettandovi di 12 gr. di tintura iodica. Il paziente, malato già dal 1877 e ridotto a cattivissime condizioni, con tumefazione del ginocchio posto in posizione valga, dolentatura colla pressione, a tutta la capsula cicatrici aderenti, ascesso esterno alla parte interna del ginocchio, flessione limitata e dolorosa del ginocchio, nel 1881 non risentiva più alcun dolore, nè spontaneo, nè alla pressione: il ginocchio era ancora in posizione valga, ma non vi era alcun inspessimento della capsula e l'operato camminava molto bene senza incomodo. Vi era crepitazione nell'articolazione per artrite secca.

Oltre al lato terapeutico è importante in questi tre casi il fatto, che riguarda la diagnosi, che cioè sia la sensibilità che la tumefazione non erano punto circoscritte ai limiti del menisco ammalato, tantochè in un caso pareva che si trovasse pure ammalato il condilo interno del femore, il quale invece era sano e in un altro pareva che dovesse trovarsi ammalato il condilo interno della tibia, che invece mostravasi illeso.

4.° Il caso qui esposto dall'Autore puossi così riassumere:

Ragazzo di 15 anni; ingrossamento del menisco esterno del ginocchio sinistro per inflammazione cronica; dolore e senso di serramento al principio della flessione e sulla fine dell'estensione e forte scricchiolio.

Escisione dell'intiero menisco; guarigione per prima intensione con ottima funzionalità.

Questo caso dimostra che si può esportare senza gravi disturbi funzionali anche il menisco esterno del ginocchio.

I casi però, in cui si tratta di meniscite primaria isolata sono ben rari in confronto delle osteiti primarie; più frequenti sono quelli in cui la parte primamente ed essenzialmente ammalata è la sinoviale ed

il pericondrio dell'articolazione. Le affezioni di tali parti portano disturbi funzionali gravissimi e la condrectomia vi ripara benissimo, come lo dimostrano 2 casi esposti dall' Autore, di uno dei quali ecco il riassunto.

Si trattava di condrite proliferante del ginocchio per caduta, recidivata dopo 4 mesi di riposo e fissazione e ceduta in prima alle stropicciature e poi risvegliatasi. La giovane ammalata avvertiva uno scroscio nel muovere il ginocchio e talora ci sentiva un dolore che le rendeva impossibile il camminare.

L'Autore seguendo cautele antisettiche aperse l'articolazione, esportò le porzioni di cartilagine sfibrate e degenerate, che ricoprivano parte del condilo interno del femore e della rotella. Sutura, fognatura; il paziente si levò da letto tre mesi e mezzo dopo l'operazione e cominciò a camminare e guarendo poscia perfettamente.

Rose W. — **Zur Behandlung der Milzbrandpustel ohne Aetzung.** (*Cura della pustola carbonchiosa senza cauterizzazione*). In: *Centralblatt für Chirurgie* 1881, N. 36.

L'Autore, che è professore di Chirurgia in Marburgo, e che esercita da più di 40 anni, ebbe a vedere fino dai primi anni del suo esercizio medico chirurgico, parecchi individui con estese cicatrici susseguite a carbonchio, superato senza avere subito nè cauterizzazioni, nè incisioni, nè tagli in croce ed anzi senza neppure essere stati curati da persone dell'arte.

Essendoglisi poi presentati negli anni 1856-60 varii casi di pustola carbonchiosa in cui l'edema collaterale erasi già grandemente esteso (in alcuni casi di carbonchio della guancia esso si estendeva dal vertice del capo fino allo sterno), ed avendo egli giudicato essere in essi già troppo tardi per farvi incisioni o cauterizzazioni; si limitava perciò ad ordinare dei bagnoli saturnini o di acqua clorica e vide tali casi guarire, presto cedendo l'edema e l'alone rosso, distaccandosi la crosta e formandosi la cicatrice.

Tali fatti ripetutamente osservati, trassero l' Autore a ritenere che la pustola carbonchiosa tende a guarire di per sè e spontaneamente, al pari della vaccinica senza che vi sia bisogno di inciderla nè di cauterizzarla: e tale opinione gli venne ripetutamente confermata in seguito da ulteriori fatti, da lui osservati in compagnia anche d'altri suoi colleghi. Perciò egli ora non consiglia di cauterizzare o di escidere le pustole carbonchiose se non quando si trovino nel loro primo stadio, cioè prima della formazione dell'alone rosso e dell'edema collaterale e specialmente poi al primo presentarsi della vescichetta sospetta quando si può diagnosticare (il che avviene ben di rado) trattarsi di carbonchio. Così pure ritiene indicata la cauterizzazione quando uno che siasi scalfito nello scuojare un animale ammalato si presenta al medico sollecitamente.

---

# BIBLIOGRAFIA

## GUY'S HOSPITAL REPORTS

edited by H. G. Howse M. S. and Frederia Taylor M. D.
Third Series, Vol. XXV.
(London, Churchill, 1881, 8°, p. 531 con tav.) (1).

Fagge Hilton — *La porpora emorragica nello sviluppo dei sarcomi multipli.*
Higgens — *Distensione del seno frontale.*
Carrington — *Nota sul legamento triangolare dell'uretra.*
Horrocks P. — *Dell'azione riflessa della diagnosi.*
Lucas — *Un secondo caso di frattura del cranio seguito da una raccolta di liquido cerebro-spinale al disotto del pericranio.*
Symonds — *Un caso di osteite deformante.*
Goodhart — *Sulla diatesi reumatica nell'infanzia.*
Pye-Smith — *Alopecia areata.*
Taylor — *Della morte per coma nel diabete mellito.*
Davies Colley — *Su tre casi di « riduzione in massa. »*
Mahomed — *Malattia di Bright cronica senza albuminuria.*
Lucas Clement — *Memorabile esempio di tendenza ereditaria alla produzione di dita soprannumerarie.*
Symonds Charters J. — *Informazione statistica della cura chirurgica dell'aneurisma.*
Galton Fr. e Mahomed F. A. — *Ricerche sulla fisonomia dei tisici col metodo dei ritratti composti.*
Brailey A. W. — *Annotazioni intorno il glioma intraoculare.*

Fagge Hilton. — **On Purpura haemorrhagica, accompanying the Growth of multiple Sarcomata.** (*La Porpora Emorragica nello sviluppo di sarcomi multipli*); pag. 1.

Fra le varie cause della porpora emorragica ve n'è una che, a quanto sembra, non fissò ancora l'attenzione degli scrittori; ed è il rapido sviluppo di tumori sarcomatosi in diversi organi, o in tutto il corpo. Fagge crede opportuno di riferirne sei casi di sua osservazione, tanto più che

(1) I sunti di quasi tutte le memorie contenute nell'importante volume vennero dati dai signori dottori Pietro Conti e Roberto Rampoldi.

essi presentarono una sintomatologia *sui generis*. Finirono tutti in morte, e perciò l'autopsia tolse ogni dubbio sulla loro vera natura. Uno dei segni principali e caratteristici di questa forma di porpora è l'affezione apparentemente reumatoide colla quale inizia; ciò venne osservato anche in un caso di sarcomatosi generalizzata, sebbene non accompagnata da porpora. Tuttavia non si avvera alcuna effusione intraarticolare; laonde in casi consimili bisogna star in guardia per non diagnosticare un'artrite reumatica. Inoltre in tre casi i pazienti affermarono che la causa unica del loro male era stata un colpo di freddo: è vero che difficilmente si potrebbe far dipendere lo sviluppo di tali neoproduzioni da influenze reumatiche; ma non è men vero che la coincidenza è dimostrata.

Quanto a spiegare la formazione delle macchie emorragiche, si potrebbe pensare ad embolismi derivanti da un tumore sarcomatoso primitivo — come pure allo sviluppo in luogo di tessuto sarcomatoso. Questa seconda ipotesi venne anzi verificata in un caso, ed ha per sè l'appoggio dell'empirismo clinico, dal quale sappiamo che nel cervello i tumori sarcomatosi possono restar mascherati da emorragie nel loro grembo, e che anzi bisogna pensare a tale evenienza ogni qualvolta l'apoplessia accade in persona giovane ed in sede eccezionale. Del resto Fagge ebbe occasione di notare quanto possano dei minimi tumoretti sarcomatosi simulare un semplice focolajo emorragico di questo o quell'organo; nei muscoli, nelle ossa tali produzioni talvolta sfuggono alle più minute indagini. Appunto perciò è difficile giudicare se la moltiplicità dei nodi sarcomatosi sia primitiva, o piuttosto secondaria ad un' infezione del sangue per opera di un focolajo primitivo. Fagge è però d'avviso che dei nodi sarcomatosi possano dichiararsi in gran numero nel tessuto connettivo di tutto il corpo, indipendentemente da un processo infettivo sarcomatoso.

Higgens C. — **Distension of the frontal Sinus.** (*Distensione del seno frontale*); pag. 27.

L' Autore fa osservare che nei trattati di chirurgia ed oftalmologia non è fatta parola della distensione del seno frontale, affezione che pure non dev' essere rara, se a lui ne sono occorsi già sette casi. Tuttavia ne riporta varie osservazioni, sparse qua e là in diverse pubblicazioni mediche; poi ne fa conoscere tre casi, nei quali egli ebbe a lodarsi dell' intervento chirurgico. In molti casi sembra che la distensione del seno frontale abbia avuto per causa un colpo inferto all'angolo interno dell'orbita, tale da fratturare l' osso, e determinare in conseguenza la chiusura del condotto che va dal seno medesimo al meato medio della narice corrispondente; allora passano ordinariamente anni ed anni prima che si dichiarino le conseguenze di tal accidente.

Altra volta si tratta di tumori, od esostosi nei seni o lungo il condotto di scarico. Si comprende che debba passar molto tempo dall' a-

zione della causa alla apparizione dei primi fenomeni; imperocchè la secrezione dei seni è assai scarsa, e d'altronde la loro parete ossea oppone lunga e non poca resistenza alla manifestazione esterna della tumefazione. Perchè ciò avvenga, deve anzitutto l'osso rammollirsi, riassorbirsi, perforarsi. La raccolta è per lo più mucosa; può essere però mucopurulenta se intervenne qualche stimolo infiammatorio. Bader accenna ad un caso in cui qualche insetto doveva essere arrivato nel seno, e determinarvi un'irritazione della mucosa: giovò il fumare dei zigari impregnati d'arsenico. La raccolta può, col distruggere gli esili sepimenti ossei, passare al seno dell'altro lato, od aprirsi un'altra via alle narici. Probabilmente la distensione del seno frontale non comincia a dar segni che molto tardi, forse solo quando la raccolta appare all'esterno, dopo aver perforato l'osso. Il dolore è molto tardivo: il sintomo essenziale si è l'apparire di una tumefazione all'angolo interno dell'orbita — ed ancora può accadere di confonderla con una qualche affezione della dacriocisti: ma ne differenzia per varj caratteri, come la sua situazione al disopra del legamento dell'occhio, la sua resistenza alla pressione, colla quale non si riesce a svuotarla, la variabilità di volume nelle diverse ore del giorno; al mattino il tumore è sempre ridotto ad un *minimum*. Un'incisione vale a chiarire la diagnosi, come il drenaggio ne è il mezzo migliore di cura.

CARRINGTON R. E. — **Note on the triangular ligament of the Urethra.** (*Nota sul legamento triangolare dell'uretra*), pag. 41.

Nei trattati di anatomia di molti autori egregi, quali Gray, Holden, Quain ed Ellis, esistono discrepanze diverse, reali o apparenti, nel modo di considerare la derivazione e i rapporti dello strato profondo del legamento trasverso dell'uretra.

Ora, premesso: 1.° che l'arcata pubica è naturalmente inferiore al livello della sinfisi pubica; 2.° che la linea bianca discende più basso che la sinfisi pubica stessa, sembra all'Autore che il vero reperto anatomico, quale deriva dalle sezioni fatte, sia il seguente:

Lo *strato superficiale* di quel legamento è una fascia speciale. Lo *strato profondo* è formato dalla fascia otturatrice, che anteriormente si estende traverso l'arcata pubica ed aderisce alla stessa: ovvero più esattamente la fascia otturatrice può descriversi come trascorrente in basso a fissarsi al margine dell'arcata pubica e a dare origine, alquanto disopra al suo attacco, a una lama che passa traverso la porzione superiore dell'arcata e che, congiungendosi con altra simile distaccantesi dall'opposto lato, forma il profondo strato del legamento triangolare.

Che questa sia realmente la derivazione di un tale strato si troverebbe nel fatto, che il legamento triangolare si estende da ciascun lato verso l'indietro tanto, quanto le tuberosità ischiatiche, dove quello naturalmente trovasi sotto il livello così della fascia pelvica, come della

retto-vescicale e della anale, dalla quale altri autori lo fanno derivare.

Il legamento adunque, così descritto, sarebbe continuo lateralmente alla fascia otturatrice e all'indietro alla fascia anale. Tali essendo i rapporti del legamento stesso, l'Autore dimostra come esso non sia già una derivazione dalla fascia pelvica, nè dalla anale, nè dalla retto-vescicale, la quale giace dietro lo strato profondo del legamento triangolare. Giace inoltre tra questo e la fascia retto-vescicale un setto mediano, che viene occupato dalle sporgenti fibre dell'elevatore dell'ano, fibre anteriori, che vanno ad attaccarsi alla sinfisi pubica.

HORROCKS. P. — **Reflex action in diagnosis.** (*Della azione riflessa nella diagnosi*), pag. 51.

Ci sia lecito dare una diffusa notizia del presente lavoro, difficile sembrandoci tesserne un breve e ragionato sunto.

Le parti, le quali ordinariamente si concatenano nell'origine di una azione riflessa, sono: lo stimolo, la terminazione periferica di un nervo di senso, il nervo stesso sensorio, i gangli centrali, il nervo motore con la sua terminazione periferica, il muscolo o altro irritabile tessuto. Convien premettere: che, quando una azione riflessa non procede direttamente da uno stimolo solito, la lesione può trovarsi in qualunque parte del sistema riflessorio, compreso il muscolo; che l'azione muscolare ingenerata può essere maggiore, o minore della normale, ovvero nulla per dati stimoli, maggiore o minore per altri; che fisiologicamente parlando, un atto riflesso è influenzato dalla intensità, dal numero, dalla durata dello stimolo; che maggiore è naturalmente il momento riflesso, se lo stimolo è applicato più tosto al nervo periferico, che al nervo troncato; che il primo modo di rispondere della azione riflessa è quello a cui si volge appunto il medico a scopo diagnostico, Circa quest'ultimo punto è anche da premettere che il medico può applicare uno o più stimoli in certa quantità e durata di tempo e in data parte; che, date queste condizioni, qualsiasi risultante differenza dipender deve da differenze imputabili al sistema riflessorio.

Ammesso adunque che, in condizioni di salute, un certo stimolo, applicato in data parte e per un tempo dato, deve produrre un noto fenomeno riflesso; ove questo non risultasse, ovvero si vedesse alterato, cercarsene dovrebbe la causa nell'apparato riflessorio.

Pur qui conviene tener nota di certe varianti: i fanciulli, ad esempio, reagiscono più degli adulti e poi vi possono essere alcune individuali differenze nella disposizione dei tessuti, ovvero patologiche alterazioni, senza che vi sia una reale alterazione nel sistema stesso.

In unito diagramma quindi mostra l'Autore come avvengano, traverso il midollo, le azioni riflesse. Teoricamente parlando poi, la catena riflessoria può trovarsi affetta:

1.° nella terminazione periferica dei nervi di senso,

2.° nei nervi sensorii (radici posteriori),

3.° nella sostanza grigia del midollo { corna anteriori / » posteriori / porzione intermediaria,

4.° nei nervi motori (radici anteriori),

5.° nella terminazione periferica di questi nervi,

6.° nei muscoli.

Osserva qui l'Autore come i gangli centrici, riceventi l'impressione possano talora non essere facilmente attraversati da altre sensazioni derivanti da altre parti contemporaneamente, locchè può indursi dal mancare, ad esempio, di movimenti riflessi nei combattenti feriti, per essere la mente preoccupata, ecc., ovvero anche, come insegna la patologia, per morbose condizioni, le quali affettino una di quelle sei parti sopraddette o per altre cause (paralisi per azione del curaro).

Divide quindi la materia in capitoli speciali e nel primo tratta delle azioni riflesse che avvengono per la *cute* e le *membrane mucose*.

Comincia col dare parecchi esempi di riflessioni, assegnando alle *superficiali* (che furon così chiamate in opposizione alle profonde, Gowers) la denominazione di *cutanee*, che sono: la plantare, la cremasterica, la addominale, la epigastrica, la glutea, la lombare, la dorsale, la scapolare, la palmare, la congiuntivale, la faringea, la laringea, la nasale, in rapporto con le azioni rispondenti, a cui danno luogo; quali, ad esempio, per le ultime, il vomito, la tosse e lo sternuto.

Conviene tener nota d'un importante fatto per la valutazione di queste azioni medesime; il quale consiste in ciò che i centri spinali sono in comunicazione coi cerebrali e cerebellari. Ora, se questi vengono isolati mediante una sezione traverso la corda spinale, le riflessioni cutanee, che sottostanno alla sezione sono aumentate, per cui è stato detto che i centri cerebrali impediscono le azioni riflesse spinali. Altre condizioni che hanno consimile influenza sono certe malattie, come, ad esempio, il tetano e l'avvelenamento stricnico.

Le istesse riflessioni cutanee invece non sono alterate nella meningite, nella paralisi agitante, nell'idrocefalo, nella corea, nella epilessia, nell'isterismo, meno forse la cremasterica. In tali malattie però, per quel che se ne sa, non vi è alterata comunicazione dei centri spinali coi cerebrali, pur ammettendo qualche eccezione nell'isterismo.

Seguendo lo stesso ordine di fatti, aumentano le riflesse azioni inferiori alla regione spinale alterata, nelle fratture vertebrali, nella mielite trasversa, nelle malattie di Pott, nei tumori, nelle gomme della spina, ecc. E nessun dubbio che tale sarebbe il caso sempre, se non fosse che si inducono nella spina rapidamente lesioni discendenti, le quali modificano le riflessioni.

Degno di nota è tuttavia il fatto che i riflessi cutanei sono diminuiti dal lato paralizzato nella emiplegia dovuta ad origine cerebrale, mentre nol sono quando la paralisi è dovuta a una lesione del midollo. La

stessa diminuzione osservasi: nella paralisi infantile, nella generale paralisi spinale, nella atrofia muscolare progressiva, nella tabe dorsale, nella mielite localizzata, nelle lesioni dei nervi motori o sensorii. Nei primi tre casi la lesione non è soltanto centrale, ma pur periferica muscolare.

Nella tabe dorsale le riflessioni cutanee non appajono interrotte se non quando la malattia ha fatto qualche progresso. Una delle prime a scomparire è la plantare; però prima ancora scompare la cremasterica; il qual fatto può durar solo e a lungo probabilmente perchè la sclerosi non è abbastanza estesa, ma limitata alla porzione lombare del midollo.

Nella localizzata mielite le riflessioni cutanee, che hanno lor centro nella parte ammalata del midollo, sono abolite. Rimangono normali le soprastanti, aumentate le sottostanti.

Nelle lesioni dei nervi di senso vi è anestesia, non paralisi: il contrario in quelle dei motori. Lesioni dei nervi misti danno paralisi ed anestesia.

Un esempio pratico rammenta l'Autore a proposito dell'irritazione della congiuntiva, che produce una contrazione delle palpebre, in casi di anestesia facciale, mentre non suscita alcuna azione dell'orbicolare nella paralisi del 7°. Ricorda pure l'altro esempio della riflessione cremasterica in rapporto coll'appetito sessuale nell'atassia locomotrice; poi, accennata la difficoltà di spiegare come in certi casi i così detti riflessi profondi sieno aumentati, mentre sono diminuiti i cutanei superficiali, dice essere cosa possibile che in quei casi stessi sia esclusa la cute dalla catena riflessoria, partendo probabilmente l'azione da un muscolo alla spina e quindi dai nervi motori di nuovo al muscolo.

Questa conclusione porta quindi l'Autore a trattare in altro capitolo dei riflessi *muscolo-tendinei*. E qui anzitutto accenna al così detto *fenomeno del ginocchio*, da Westphal prima trovato mancante nella atassia locomotrice, fenomeno da Erb chiamato riflessione *tendineo-patellare*. Per ispiegare questa azione riflessa dovevasi ammettere, nel concetto di Westphal, la presenza di fibre nervose afferenti nel tendine stesso prerotuleo, ovvero nel muscolo quadricipite, ma la osservazione di Tschiriew, che il tempo tra l'urto dato sul tendine e la contrazione del muscolo era troppo breve atto, perchè potesse dirsi riflesso, e l'altra di Waller, che il tempo durante cui si ingenera la contrazione di un muscolo è esattamente lo stesso, sia percuotendo il tendine, sia le stesse fibre muscolari, ha fatto sorgere l'idea della « *teoria tonica* » a lato della riflessa. È noto come il tono muscolare scompaja ogni volta che il corrispondente sistema riflessorio venga in alcuna guisa interrotto e come reciprocamente si trovi in qualche punto alterato lo stesso sistema, se le fibre muscolari che entrano a far parte di esso abbiano per malattie od esaurimento perduto quel loro stato di lieve contrazione, in che fisiologicamente si trovano. Or si comprende come debba

una addizionale tensione nelle fibre stesse sane (urto) suscitarne la contrazione, mentre rimaner deve inattiva se il muscolo ha perduto il suo tono normale.

Accennata l'obbiezione di Buzzard, il quale dice che, mentre nella atassia vi è una completa assenza della contrazione del quadricipite estensor della gamba, percuotendone il tendine, lo stesso muscolo tuttavia si contrae, ove se ne percuoton direttamente le fibre, e chiaritala, mediante sperimenti sulle rane, nel senso che altra cosa è un colpo diretto sul muscolo, e altra una trazione esercitatavi indirettamente pel tendine, l'Autore enumera parecchie circostanze, le quali, secondo lui, provando la contemporanea assenza del fenomeno del ginocchio e del tono muscolare, darebbero appoggio piuttosto alla teoria tonica, che alla riflessa. Poi riflette, che, comunque considerar si voglia la natura del fenomeno medesimo, vi hanno parecchi altri esempi di riflessioni muscolo-tendinee, quali sono quelli ottenuti per la contrazione del gastrocnemio o del soleo, del tricipite omerale, del bicipite, del zigomatico in correlazione coi tendini rispettivi.

I fenomeni tendineo-muscolari possono essere o *assenti* o *esagerati*.

*Assenti* sono: nella atassia locomotrice (sclerosi della zona e delle radici sensorie posteriori): nella mielite delle corna anteriori del midollo (paralisi infantile, paralisi spinale degli adulti, paralisi generale spinale, paralisi muscolare progressiva): nella paralisi difterica: nella demenza con generale paralisi; nelle lesioni dei nervi di senso e in quelle dei nervi di moto: nella perdita de tono muscolare per fatica o spossatezza (quindi nell'accesso epilettico e nell'avvelenamento per curaro).

Recentemente i fenomeni stessi furon trovati aumentati in malattie, nelle quali erano affette le colonne laterali del midollo e, quando la sclerosi discendente si rinvenne dovuta a qualche lesione del cervello, si trovò pure che la degenerazione non solo era nella colonna laterale del lato opposto, ma pure nella anteriore mediana dello stesso lato della lesione in fibre, che, non come le prime designate sotto il nome di « tratto crociato piramidale » avevano attraversato le piramidi anteriori della midolla allungata, ma eranvi *direttamente* pervenute.

L'assenza del fenomeno del ginocchio nella atassia locomotrice è uno dei primissimi sintomi del male. Furono narrati casi di tabe, in cui il fenomeno appariva esagerato. Westphal crede a un errore diagnostico. Naturalmente, dice l'Autore dell'articolo in esame, vi può essere uno stadio nella tabe, antecedente a quello nel quale il fenomeno è assente; pur tuttavia, se esso è presente, è tanto manifesto da escludere qualunque altro sintomo caratteristico del male, l'incoordinazione, le contratture algiche, l'amaurosi, la miosi e spesso la ineguaglianza delle pupille, che non reagiscono alla luce, ma alla accomodazione, ecc., ecc.

I fenomeni tendineo-muscolari possono trovarsi *esagerati* in molte

altre malattie. Qui l'Autore premette alcune generali considerazioni intorno le varietà più note di contrazioni *cloniche*, nell'ordine fisiologico, e intorno la loro ipotetica natura e manifestazione, poi dice che le malattie, nelle quali l'esagerazione stessa dei movimenti è dimostrabile, sono le seguenti:

*a*) La sclerosi laterale (primitiva o idiopatica, secondaria per mielite spinale, tumori cerebrali, emorragie cerebrali, compressioni della spina, malattia di Pott, contusioni della spina, sclerosi disseminata).

*b*) Le affezioni croniche reumatiche (casi rari e dipendenti da secondaria alterazione nella spina; Gowers).

*c*) La epilessia dopo l'accesso (Jackson).

*d*) La paralisi agitante (pochi casi).

In relazione al quesito, come possa la lesione delle colonne laterali dare origine alla esagerazione dei fenomeni tendineo-muscolari, l'Autore esamina le tre ipotesi enunciate: 1.° della irritazione delle colonne laterali, cronica, inducente sclerosi, e conseguentemente delle cellule motrici; 2.° della rimozione della inibente influenza cerebrale; 3.° della influenza cerebellare, che normalmente, secondo H. Jackson, mentre sarebbe inibita da quella cerebrale, nella sclerosi laterale, quest'ultima essendo abolita, rimarrebbe libera e aumenterebbe così la contrazione muscolare.

Comunque s'accetti più tosto l'una che l'altra teoria, fatto importante a ritenere, secondo l'Autore, è questo, che l'aumento del fenomeno muscolo-tendineo e quindi del così detto *clono* indica sclerosi laterale del midollo, nei tratti incrociati piramidali e che all'atto pratico la sede speciale della lesione centrale deve venire designata dai singoli muscoli affetti. Spiega quindi la cosa con qualche esempio e aggiunge che, teoricamente, tutto che può aumentare l'irritabilità del muscolo può dare origine ad aumento dei fenomeni tendineo-muscolari (irritazione dei nervi sensori e motori, ecc.).

Causa più frequente è la discendente sclerosi nella ordinaria emiplegia cerebrale, singolarmente dopo una settimana, durante cui le alterazioni infiammatorie dal centro emorragico del cervello hanno avuto tempo di scendere al tratto motore. Importante esame è quindi quello di tentare nei casi di emiplegia i fenomeni, perchè, se questi cominciano ad esagerarsi, vuol dire che la rigidità è sopravveniente. Seguono casi illustrativi.

In un terzo paragrafo infine tratta l'Autore delle azioni riflesse in relazione coi *nervi specifici* di senso. Tra tutti questi l'ottico è degno di singolare attenzione. Ciò emerge dal fatto che l'iride può studiarsi ne' suoi movimenti traverso la cornea diafana.

Ora i due ordini di fibre muscolari iridee, involontarie, radiate e circolari sono sempre in uno stato di debole azione tonica, conservata da due nervi separati, il 3.° e il simpatico. Il 3.° spiega la sua azione per influenza del 2.° nervo cerebrale, non già automaticamente, perocchè

se il 2.° venga reciso, la pupilla si dilata, nè più risponde alla eccitazione del 3°. Il simpatico regge le fibre dilatatorie delle pupille o radiate per una influenza automatica invece, irraggiante dal centro dilatatorio nell'aquedotto del Silvio, dalla regione cilio-spinale e dal simpatico cervicale. Quando perciò gli occhi sono nell'oscurità, o le palpebre son chiuse, la tonica influenza del simpatico non ha azione antagonistica e si rivela la midriasi.

Da alcuni si ammette che il 5.° tragga dal ganglio di Gasser fibre, le quali, indipendentemente da quelle del simpatico sono dilatatorie, quantunque da altri si pensi, che tai fibre del quinto agiscono sui vasi e indirettamente solo sull'iride. Vi ha poi un esperimento di Vulpian, secondo il quale altre fibre nervose dilatano l'iride indipendentemente da quelle che passano per il funicolo cervicale (irritazione del grande sciatico nel gatto).

Sempre quando un nervo di senso è fortemente irritato, dice l'Autore, la pupilla dilatasi. Spiega questo asserto, con dire che la midriasi, la quale segue a un forte stimolo d'un nervo di senso, deve essere dovuta alla paralizzata influenza tonica del 3.° per opera dello stesso nervo di senso. Cita a questo proposito un esperimento fatto su un grosso gatto dal dottor Pye-Smith.

Il 3.° innerva le fibre circolari così dell'iride, come del muscolo ciliare, e quando questo agisce durante l'atto di accomodazione, il primo per associazione fa contrarre la pupilla.

Praticamente, se la pupilla risponde alla luce o alla accomodazione, risponde pure ai medicamenti. Pur può rispondere alla luce e non alla accomodazione, o alla accomodazione e non alla luce in niun modo nè all'una, nè all'altra; in questi casi i medicamenti ponno e non ponno agire sulle pupille.

L'esame dei movimenti pupillari vuol essere fatto prima o dopo separatamente in ciascun occhio, alla luce, nell'atto accomodativo, ecc. Conviene per una giusta valutazione del reperto tener conto d'una media normale di dilatazione pupillare, tener conto della quantità di luce ingrediente nell'occhio, delle individuali differenze, ecc. Pure l'attenzione deve rivolgersi, oltrecchè al grado di ampiezza, alla rapidità di movimento nelle pupille, avendo riguardo all'età, al sesso, ecc. Un altro fatto, sul quale l'Autore chiama l'attenzione, a proposito dei movimenti delle pupille consiste nel numero delle oscillazioni che queste eseguiscono in tempo dato, sia allo stato di rilasciatezza del muscolo di accomodazione, sia in quello della fissazione da vicino, e nell'ampiezza maggiore o minore nei singoli casi delle oscillazioni stesse.

Singolarmente poi l'Autore considera i due stati morbosi delle pupille, la *midriasi* e la *miosi*.

La *midriasi* riconosce quali cause certe emozioni esagerate e improvvise, per effetto di una azione prevalente del simpatico, il rifinimento dell'organismo (quindi trovasi maggiore nei deboli, che nei forti;

quindi dopo un vivo attacco epilettico), la dispnea, ecc., pur reagendo in queste circostanze le pupille alla luce e alla accomodazione. Nel momento preagonico dilatansi le pupille e larghe mantengonsi per alcun tempo anche dopo la morte: inoltre già fu detto dall'Autore che una forte irritazione di alcun nervo sensorio dà midriasi, probabilmente per la diminuita tonicità nelle fibre innervate dal 3.° Pure il simpatico può agire direttamente, come dimostra il fenomeno del pallore del volto (vaso-motorio) prodotto da una gran sofferenza nervosa, quale ad esempio, per una prolungata e difficile estrazione di un dente, durante il quale atto possono trovarsi dilatate le pupille.

Inoltre cause della midriasi sono gli alcaloidi di certe sostanze medicamentose, (belladonna, iosciamo, stramonio, duboisia) per una azione che essi spiegano sul simpatico e anche gli anestetici, ad esempio, il cloroformio, quando vengano spinti a una dose venefica. Ogni malattia, che affetti le vie sensorie afferenti può dare midriasi: quindi le opacità della cornea, della lente, dei vitreo, quindi lesioni retiniche, atrofia e neurite ottica, alterazioni del nervo e del tratto ottico, delle eminenze quadrigemine. Similmente la midriasi occorre nelle effusioni sanguigne endocraniche, specialmente se copiose e dei ventricoli.

Nella ottalmoplegia interna (paralisi del muscolo ciliare e delle fibre circolari iridee) le pupille sono dilatate e immobili alla luce ed il potere di accomodazione è perduto.

Nella isolata paralisi del muscolo ciliare, rara. non esiste midriasi e la pupilla reagisce alla luce (paralisi post-difterica). Anche nella ottalmoplegia esterna le pupille ponno essere normali.

Queste varie affezioni, nelle quali diverse parti del 3.° sono sorprese, mentre altre rimangono illese, sono probabilmente dovute a cause centriche, per cui il dott. Allen-Sturge crede esistere differenti nuclei di origine per differenti porzioni del 3.°, non solo, ma pur centri più profondamente coordinati, i quali, quando ammalati, ingenerano paralisi di muscoli sinergici, come sarebbe quella dei due retti superiori.

Le pupille sono dilatate nell'esoftalmo. L'Autore tuttavia, nel gozzo esoftalmico, ha trovato normali le pupille; reagenti normalmente alla luce e alla accomodazione; dilatantisi con una corrente faradica al collo.

Son dilatate le pupille, quando l'umor aqueo è in eccesso.

Si conosce la midriasi che segue agli avvelenamenti di nicotina; nella tifoidea non di rado si trova pur la midriasi, mentre nel tifo si ha la miosi.

Si comprende che la midriasi va compagna con l'anemia iridea; la miosi con la iperemia.

La *miosi*, per la più unilaterale, dipende o da irritazione del 3.° o da paralisi del simpatico.

Nella atassia locomotrice le pupille sono strette, immobili alla luce nè reagiscono a un forte stimolo, che passi per un nervo di senso (Erb). Invece le variazioni pupillari rispondono alla accomodazione. Bisogna

cercare la ragione del fenomeno in corrispondenza dell'aquedotto del Silvio, o in alcune parti del tratto spinale fino al 2.° nervo dorsale.

Le lesioni del simpatico in questi casi hanno un riscontro nel polso, per lo più celere e dicrotico.

Nel sonno le pupille sono strette e più pigre che nella veglia.

In alcuni casi di apoplessia (per es., al ponte del Varolio) le pupille sono contratte e il polso lento.

La miosi senile si distingue dalla spinale, per ciò, che in quella esiste ancora alla luce e alla accomodazione la contrazione della pupilla. Il tifo, il coma uremico sono accompagnati da miosi pupillare.

L'*ineguaglianza delle pupille* può dipendere da uni-laterale lesione del simpatico cervicale, da aneurisma, da tumori al collo e nel torace. Le pupille reagiscono alla luce e alla accomodazione. In casi di tumori intracranici, di malattie cardiache, di lesioni alla regione cilio-spinale non è raro trovare la ineguaglianza pupillare.

Per tumori della base cranica può un solo nervo 3.° essere paralizzato in diverso grado; possono tutti due essere affetti diversamente; ineguaglianza delle pupille (meningite tubercolare).

Le sinecchie posteriori difformano le pupille; traumi, emorragie nella polpa cerebrale, o alla superficie di essa, cerebriti acute, paralisi progressiva, ecc., danno ineguaglianze pupillari.

Queste possono in assai diversi modi manifestarsi: se si aggiunge alcun sintomo di tabe spinale, allora convien guardare se le pupille, diversamente miotiche, non reagiscano per avventura alla luce, ma solo alla accomodazione.

Questo fenomeno potè l'Autore anche osservare nella ineguaglianza pupillare della paralisi generale dei dementi.

Ci è un dato differenziale nel polso: questo abbiam veduto celere nella tabe dorsale: è lento nella paralisi generale.

La ineguaglianza delle pupille può dipendere da alcaloidi applicati all'occhio (miotici e midriatici); può infine essere un fenomeno secondario alla epilessia.

Da ciò si vede quanta importanza abbiano questi fenomeni *oculo-pupillari*, se indagati essi sono con cura dal clinico, il quale trova in essi un potente aiuto in diagnosi di malattie, che, per loro natura e sede, per lo più tendono a sottrarsi allle più accurate investigazioni.

LUCAS CLEM. — **A second case of Fracture of the Skull, followed by a collection of cerebro-spinal Fluid beneath the Scalp.** (*Un secondo caso di frattura del cranio seguito da una raccolta di liquido cerebro-spinale al disotto del pericranio*); pag. 91.

L'Autore ne ha già riferito un caso nei *Guy's Hospital Reports* del 1876. Questo sarebbe il quarto conosciuto nella letteratura, medica appartenendo gli altri due ad Erichsen e ad Haward. Una frattura della volta cranica si accompagna con una raccolta notevole di liquido in-

tracranico sotto la galea aponeurotica: donde viene tal liquido? L'Autore comincia dal far notare che in tutti i casi trattavasi di bambini di due a tre anni, caduti da un piano elevato: negli adulti non si avvera mai alcunchè di simile: ne deduce che deve dipendere dalla sottigliezza ed elasticità delle ossa craniche infantili se esse fratturandosi non valgono a lacerare l'aponeurosi cranica e permettono la raccolta sotto aponeurotica di un liquido, che altrimenti si verserebbe all'esterno insieme al sangue, senza venir riconosciuto. Quanto poi alla natura del liquido, l'Autore ritiene che esso provenga dalle cavità ventricolari attraverso una lacerazione non solo delle meningi, ma anche della polpa cerebrale — come ebbe occasione di verificare nel suo primo caso, il quale, a differenza dell'attuale, esitò colla morte. Nè la quantità del liquido stravasato potrebbe venir spiegata altrimenti; non si può credere che provenga dagli spazi sotto aracnoidei, perchè un afflusso consimile di liquido non si è mai osservato nei casi in cui la lesione non andò più oltre della superficie del cervello.

SYMONDS C. J. — **A case of osteitis deformans.** (*Un caso di osteite deformante*), pag. 99.

Una donna di 69 anni, immune da qualunque labe ereditaria e da acquisite infezioni, molto tempo innanzi (intorno i 48 anni) aveva osservato che, prima la tibia sinistra, poi la destra a poco a poco le s'erano andate ingrossando. Dopo 12 anni di un progressivo incremento nel volume di quest'ossa, la paziente era stata sorpresa da un dolor vivo il quale dalla piegatura del cubito destro veniva già fino al pugno tosto dopo il radio sinistro aveva mostrato un incurvamento che, senza dar dolori, era andato crescendo.

Nel tempo istesso che il destro antibraccio aveva incominciato a dolere e il radio sinistro a incurvarsi, l'ischio destro era divenuto dolente e prominente.

Alcuni anni dopo comparve un' ulcera nella regione tibiale sinistra. Quest'ulcera, al momento dell'esame fatto dall' Autore, esisteva ancora e s'era anzi estesa; la paziente allora, dopo aver sofferti diverse volte dei dolori addominali, trovavasi in buon stato: il dolore al braccio destro era scomparso: manifeste assai erano le deformità delle due tibie e del radio sinistro.

Quanto alla minuta descrizione del male, rispetto le tibie, l'Autore la dice corrispondere esattamente con le illustrazioni che accompagnano il lavoro di James Paget, (*Med. Chir. Trans.* Vol. 9.°) e ad esse rimanda il lettore.

Fatto un accenno ad alcune difformità speciali, sopravvenute ai femori, l'Autore descrive l'alterazione subita dal radio sinistro, accompagnando il suo lavoro d'una tavola dimostrativa e chiudendo con dire che, quantunque la malata non se ne sia accorta, pur sonosi aumentati i diametri della testa. Nessuna curva o rigidezza della spina; nessuna nota evidente di reumatica artrite.

GOODHART JAMES F. — **On the rheumatic Diathesis in Childhood.** (*Sulla Diatesi Reumatica nell'infanzia*); pag. 103.

Questa Memoria, sebbene non dica grandi novità, merita ricordo perchè basata sopra rigorose osservazioni personali. Se esista una diatesi reumatica è ancora incerto; molti però affermano che le forme reumatiche possano costituire una labe ereditaria. Goodhart, intendendo per *diatesi* una tendenza di famiglia, la manifestazione per così dire di un *genio ereditario*, vuol provare in questo suo lavoro che dei genitori, i quali abbiano avuto la febbre reumatica, trasmettono ai loro discendenti una certa costituzione che tende a dare varie manifestazioni morbose *sui generis*: e precisamente tal fiata il reumatismo acuto, tal altra un ingrossamento delle valvole cardiache, ecc., come apparirà da quanto verremo esponendo.

L'eredità delle forme reumatiche è generalmente ammessa con difficoltà, o quanto meno ritenuta di rara evenienza. Invece l'Autore afferma che vi sono poche malattie altrettanto radicate nelle famiglie: certo che i disturbi arrecati non sono ogni volta di tale gravezza da richiamare tutta l'attenzione del medico e del paziente, come accade invece verbigrazia della tisi. Però sono tutt'altro che rari i casi in cui i membri di una famiglia soggiacciano l'uno dopo l'altro a questa o a quella forma reumatica. Le osservazioni dell'Autore sono limitate all'età infantile, ed eccone le affermazioni.

1.° *Reumatismo acuto*: su 44 casi (26 maschi, 18 femmine) 18 avevano evidenti rapporti ereditari, 7 rapporti meno rilevanti, 4 nessun segno d'eredità; di 9 non era nota la storia di famiglia, di 6 non era stata fatta la necessaria indagine. Complessivamente dunque almeno due terzi dei casi avevano una storia di antecedenze ereditarie reumatiche.

2.° *Malattie di cuore*. Sono 137 osservazioni: di esse 46 avevano evidente relazione ereditaria, 10 una relazione meno palese, 17 nessuna; in 19 poi i pazienti medesimi avevano sofferto di febbre reumatica. Dimodochè 92 individui su 137 potevansi dire reumatizzati, in altri 4 poi l'affezione cardiaca potevasi pur dire d'origine reumatica, mancando ogni altro momento eziologico. Negli adulti non è così facile riconoscere la tendenza ereditaria, imperocchè i pazienti hanno quasi sempre dimenticato la storia di famiglia. Però su 67 casi, l'Autore potè rintracciarne l'esistenza in 20; e notisi che Goodhart parla di trasmissione ereditaria nei soli casi in cui l'uno o l'altro dei parenti fu obbligato a letto dall'affezione reumatica. L'eredità di una diatesi reumatica appare da questi numeri assai frequente, di 2 sopra 3 casi. La parentela poi tra reumatismo e vizio cardiaco è evidente; ma quel che l'Autore vuol far rilevare si è che una madre reumatica può trasmettere al feto un qualche cosa che conduca alla formazione di una malattia di cuore congenita. Alcuni esempi sembrano dimostrarlo. A proposito di ciò l'Autore dichiara di esser molto propenso a spiegare i vizi con-

geniti di cuore a mezzo di un' endocardite reumatica durante la vita intrauterina, anzichè ammettere un difetto di conformazione originale. Egli è certo che i figli di parenti reumatici possono apparire affetti da una malattia cardiaca senza aver mai superato ciò che comunemente intendesi per reumatismo acuto. In tali casi invece di voler ad ogni costo far intervenire un reumatismo a decorso subdolo, Goodhart ammette che la tendenza reumatica, in quella guisa che può manifestarsi sotto forma di un'artrite cronica, possa anche provocare un'endocardite cronica; il carattere di tali infiammazioni starebbe in un lavorio di ingrossamento del tessuto fibroso. Così avviene di trovare nei fanciulli il vizio di cuore come unica espressione della labe reumatica; ed anche negli adulti molti casi di stenosi mitrale riconoscono probabilmente la medesima origine. Da alcuni si ammette che il vizio di cuore congenito sia una vera stenosi mitrale: Goodhart per contro non crede che la stenosi mitrale sia congenita come tale: su 166 casi di vizi cardiaci in fanciulli egli non ne trovò che 5 di certa stenosi mitrale, in tutti gli altri non esistevano che segni di ingrossamento della valvola, con un vario grado di insufficienza: non sarebbe che ad un' età più avanzata, quando il viscere è obbligato a maggiori fatiche, che le valvole si ingrossano ancor più e sottentra la stenosi dell'ostio mitrale, senza bisogno alcuno di un difetto di prima formazione.

3.° *Corea*: anche questa può essere una manifestazione della diatesi reumatica: l'Autore l'avrebbe osservata nel 30 p. 100 dei casi: su 84 casi 10 avevano la tendenza ereditaria oltre all'essere per sè dovuti a causa reumatica, 9 avevano solo una storia auto-reumatica, 35 avevano solo ereditata la tendenza reumatica, 2 erano di parenti gottosi; in 21 casi non si trovò indizio di tendenze reumatiche, in 4 non si fecero ricerche *ad hoc*. Inoltre 23 tra quei pazienti avevano un vizio della mitrale, due dell'aorta, uno dell'aorta e della mitrale. Senza intendere che la corea sia esclusivamente di natura reumatica, vedesi però che in 2/3 dei casi una relazione esiste che non può essere accidentale.

4.° *Terrori notturni*: questi sarebbero abbastanza frequenti nei fanciulli provenienti da genitori reumatizzanti. Lo stesso dicasi del *mal di capo* che in essi appare spesso ostinato. L'Autore è inclinato a credere che certi casi di anemia nei fanciulli tengano qualche relazione con una tendenza reumatica; ciò avverrebbe specialmente nelle ragazze di tinta bruna.

5.° *Disturbi neuro-muscolari*: associati ad una diatesi reumatica si vedrebbero frequenti volte dei disturbi nervosi coreici, come l' opistotono cervicale, il torcicollo, il piccolo tetano, i tremori muscolari, l'esofagismo, la balbuzie, l'enuresi, ed una certa nevrosi intestinale, per cui si determinano delle enteralgie violenti e flussi diarroici transitorj. Quest'ultima ricorda le *Crisi gastriche* fatte conoscere da Charcot nell'atassia locomotrice, ed è forse comparabile ad esse.

Riassumendo, Goodhart stima che tutte queste evenienze della fa-

miglia *reumatismo* portano un bel contributo all' ipotesi già più volte emessa che anche il *reumatismo* sia una *procella nervosa*: tale almeno appare nella moltiplicità delle forme, nelle sue relazioni, nei modi e nel luogo di attaccare, nello svolgersi e nella cura. E sebbene il fenomeno fondamentale della sinovite acuta esca un po' da quei limiti stati finora assegnati alle conseguenze dei disordini nervosi, pure dagli ultimi studi sulle affezioni articolari da lesioni spinali traspare anche questa nuova possibilità patologica. Goodhart va anzi più oltre, e sospetta che gotta, reumatismo ed osteo-artrite siano affinissimi fra loro, varietà di un tipo unico modificatosi nell'evoluzione della malattia o degli individui.

PYE-SMITH P. H. — **Alopecia Areata**. Pag. 139.

È l'*Area* Celsi, di natura non parasitaria, non contagiosa: i capelli cadono per atrofia. È più comune nell'età giovanile, in entrambi i sessi. Forse può guarire da sè, ma certo guarisce più presto coll' uso locale di mezzi irritanti (aceto cantaridato, unguento e jodio, linimento miristico); se l' individuo è debole, anemico giova l' uso di corroboranti interni.

TAYLOR FR. — **On the fatal Termination of Diabetes, with special reference to the Death by Coma.** (*Della morte per coma nel Diabete mellito*); pag. 147.

L' Autore si trovò in grado di raccogliere importanti osservazioni su questo esito fatale della glicosuria, esito che parrebbe assai più frequente di quanto si pensa. Nell' ottennio 1873-1880 entrarono nel Guy's Hospital 159 diabetici, che vi lasciarono 43 morti. Ora, dietro un esame accurato della sintomatologia rispettiva e del reperto anatomico, Taylor crede di poterli ordinare come segue dal punto di vista della causa di morte:

| | | | |
|---|---|---|---|
| Coma | senza lesioni viscerali . . . . . | 14 | |
| | con lesioni viscerali inattive . . . | 3 | |
| | » » attive. . . . | 7 | |
| | mancante reperto anatomico . . . | 2 | |
| | | —— | 26 |
| Coma (diabetico? uremico?), lesione renale . . . . | | | 3 |
| Polmonite, dubbia l'influenza del coma. . . . . | | 1 | |
| Coma assente, mancante il reperto necroscopico . | | 2 | |
| | | —— | 3 |
| Tisi, polmonite, malattia di Bright, peritonite, mancante il coma . . . . . . . . . . . . . . | | | 11 |
| | | | —— |
| | | | 43 |

*Naturalmente* non si deve credere che le cause di morte nel diabete

siano le sole accennate; però spicca la frequenza della morte per coma, in circa 30 casi su 43. Quale mai ne sia la patogenesi è ancora incerto: non mancano tuttavia le ipotesi. In qualche caso pare si verificasse un' acetonemia, ma sarebbe un' evenienza rara. Alcuni hanno pensato all' inspessimento del sangue prodotto dalla poliuria; onde riuscirono perfino a consigliare nel coma diabetico l' injezione intravenosa di soluzioni saline. Più recentemente ancora Sanders ed Hamilton hanno indicato la determinazione di fenomeni embolici nei polmoni ed altri visceri da parte del sangue carico di particelle grassose. Forse essi hanno saputo trovare gli emboli coi rispettivi infarti; ma le ricerche di altri riuscirono perfettamente negative. Ebstein dà ragione a tutti, ritenendo che nei singoli casi ciascuna eventualità è possibile: le forme discrasiche dovrebbero essere le più comuni, imperocchè egli avrebbe trovato il rene degenerato ne' suoi epiteli, e quindi inetto all'ordinaria sua funzione depurativa.

L'Autore passa quindi ad esaminare come e quanto influirono sull'apparizione del coma le diverse circostanze in cui trovavansi i diabetici morti nel Guy's Hospital.

1.° *Età dei pazienti*: È noto che la prognosi del diabete acquista in gravezza quanto più l'individuo è giovane: la maggior parte dei casi dell'Autore ebbero esito prima dei 30 anni, e per lo più con fenomeni comatosi.

2.° *Sesso*: questo pare non esercitasse alcuna influenza.

3.° *Durata della malattia*: l'esito per coma sembra possibile a qualunque stadio della malattia. L' analisi di 26 casi in cui la morte avvenne per coma dà questi risultati: in 4 casi la malattia durava da 3 a 6 settimane, in 6 da 2 a 6 mesi, in 4 da 7 a 12 mesi, in 3 da 1 a 2 anni, in 7 da 2 a 4 anni. Osservasi poi che l'età media del primo gruppo era di soli 21 anni, quello del secondo di 25, e quello del terzo di 28. Onde si può dire che la morte per coma è l'esito del diabete più pronto e fatale. È anche notevole che sui 10 casi morti entro i dieci mesi di malattia, 9 appartengono al gruppo di casi in cui non fu trovata alcuna lesione anatomica.

4.° *Genere di cura*: pare che il coma avvenisse sotto le più diverse condizioni di cura, e quindi indipendentemente dalla medesima.

5.° *Influenza della fatica*: Prout e Foster hanno specialmente insistito sul fatto che la morte per coma o per subito collasso succede spesso ad una fatica straordinaria. Questa osservazione parrebbe appoggiata dall'altro fatto che buon numero dei diabetici morti per coma erano entrati all'ospitale soltanto da pochi giorni; così sui 26 casi citati 14 degevano nell'ospitale appena da una settimana. Ma questo può dipendere da una semplice coincidenza: il coma è preceduto per alcuni giorni da sintomi premonitori di fiacchezza generale, e probabilmente è questa che decide i pazienti a ricoverare all' ospitale, dove appunto si dichiara subito dopo il coma fatale.

*Sintomatologia del Coma Diabetico.* Questo fu già descritto da Kussmaul, e meglio da Senator. Taylor avverte che il quadro ha uno stadio prodromale, di varia durata (6 a 9 giorni): malessere generale, e stanchezza straordinaria, costipazione, cefalea, insonnia oppure sonnolenza, dolori vaghi addominali. Lo stadio finale succede, talvolta rapidamente, a questi prodromi: il paziente diventa sonnolento, il polso si fa frequente e vuoto, il respiro affrettato e profondo, le estremità fredde; la temperatura del corpo si abbassa al disotto della normale, e la morte subentra in mezzo al coma più profondo.

Taylor chiama l'attenzione sulla frequente insorgenza di dolori più o meno violenti all'addome, tali che talora si potrebbe pensare ad una avvenuta perforazione lungo il tubo intestinale. Alla tavola anatomica non si trova poi alcun indizio di ciò. Questo fatto è bene ricordarlo, imperocchè può succedere che il coma subentrante venga attribuito a quei rimedi narcotici che eventualmente venissero somministrati a lenire l'enteralgia. Meno rimarchevole è il modo di comportarsi delle orine; per lo meno non abbiamo ancora delle osservazioni precise su questo punto: frequentemente si trovarono le orine albuminose.

Di cura è inutile parlare: si usano gli stimolanti più potenti, ma c'è poco o nulla da sperare; l'injezione intravenosa di acqua semplice o di una leggier soluzione salina non diede alcun risultato.

DAVIES COLLEY. — **On tree cases of « reduction en masse. »** (*Su tre casi di « riduzione in massa*), » pag. 285.

Quanto al 1.° di questi tre casi è importante a sapere, come attesta l'Autore, che la così detta « riduzione in massa » fu da lui applicata in un giovane ventottenne, conciatore di pelli, accolto nell'ospedale sotto la sua cura, per ernia inguinale destra strozzata, che, quantunque già innanzi ridotta da altro chirurgo col *taxis*, pur non aveva cessato da dare i noti sintomi di continuato strozzamento. L'Autore ha dovuto, per rimettere in posto il tratto di intestino tenue erniato, facilitare quella riduzione mediante la incisione del cingolo interno del sacco; il che gli è riuscito felicemente, tanto che dopo 3 settimane la guarigione era completa. Ora quel modo di riduzione s'applica solitamente alle ernie crurali e non alle inguinali, come è avvenuto nel caso dell'Autore, il quale dice appartenere questo stesso caso a quella classe da Birkett descritta nell'« *Holmes's System of Surgery* » sotto nome di « riduzione in massa per spostamento. »

Gli altri due casi sono esempi di riduzione *in massa* con lacerazione del cingolo del sacco. Tutti due occorsero durante l'operazione per ernia crurale strozzata. In entrambi la riduzione del sacco erniato fu apparente: continuarono, quantunque in minor grado i sintomi di strozzamento.

Amendue terminarono colla morte e si è potuto accertare alla sezione che il taglio del cingolo era stato insufficiente e che la ripo

zione del tratto intestinale erniato era stata fatta in una cavità abnorme, la quale non poteva aver origine da altro, che da una grande rilassatezza del peritoneo parietale, che, durante i maneggi di riduzione, si era lasciato distaccare, pur rimanendo in molta parte il cingolo di strozzamento e l'intestino sembrando all'operatore opportunamente ridotto.

L'Autore, dall'esito infelice di questi casi e più dal reperto anatomico che ha messo in chiaro la condizione del continuato strozzamento interno, è condotto a fare alcune pratiche osservazioni, che riguardano precipuamente il contegno del chirurgo, allorquando questi ha ragione di dubitare che il cingolo erniosa possa essere completamente diviso e il tratto intestinale riposto nella sua naturale cavità.

A. Mahomed. — **Chronic Bright's Disease without Albuminuria.** (*Malattia di Bright cronica senza albuminuria*); pag. 295.

Non è nuova l'osservazione che nella malattia di Bright l'orina non è sempre e necessariamente albuminosa. Oggetto della Memoria attuale è di provare qualche cosa di più: e cioè che nei primi periodi, e in molti casi anche negli ultimi, di quella malattia che si chiama di Bright, cronica, l'orina è per lo più affatto normale: onde o bisogna dire che la malattia di Bright cronica non è una malattia renale, sebbene di spesso dia luogo ad un'affezione renale — o bisogna ammettere un'altra malattia che precede costantemente e prepara la via alla malattia di Bright, la si chiami poi *fibrosi arterio-capillare* o checchè altro. Southey, ad esempio, un'autorità in argomento, riconosce la reale esistenza della fibrosi arterio-capillare come un qualche cosa di diverso da una degenerazione senile e dall'ateroma; ma ad essa non attribuisce che i fenomeni secondari, le infiammazioni sierose, le complicazioni polmonari e cerebrali che venivano prima attribuite ad una crasi alterata del sangue; mentre mantiene all'alterazione renale tutta la sua importanza nel caratterizzare la sindrome brightica.

Nelle varie forme della malattia di Bright gli osservatori ammettono tre qualità di alterazioni anatomiche: le epiteliali, le interstiziali, le vascolari. Le epiteliali sono più comuni alle forme acute o subacute, e si accompagnano coll'albuminuria e cogli edemi; le interstiziali sono comuni alle forme croniche, con poca albuminuria e scarsi edemi; però ambedue le specie di alterazioni possono trovarsi nel medesimo rene. Le lesioni vascolari e perivascolari (Glomerulo-nefrite) possono essere acute o croniche. A spiegare queste ultime, Mahomed vuole ritrovare l'elemento eziologico nel sistema vascolare medesimo, e propriamente nell'aumento della pressione arteriosa, la quale ecciterebbe le tonache vasali ad un lavoro di ipertrofia. L'ingrossamento delle tonache istesse ha luogo in tutti i vasi del corpo, come avrebbero dimostrato Gull e Sutton nella malattia di Bright, Klein nella scarlattina (dove pure avverrebbe un aumento della pressione arteriosa). Dato l'aumento di pres-

sione, a poco a poco si ordisce l'alterazione anatomica nel sistema vascolare, e finalmente nel rene. Mahomed crede di aver dimostrato a sufficienza in altro lavoro che l'aumento di pressione precede di gran lunga ogni sintomo renale, e per prevenire la malattia di Bright basta combatter quello direttamente. Esso osservasi sin dalla gioventù in certi individui, forse predestinati a tale malattia; è comune anche nella gravidanza, nella dispepsia, negli avvelenamenti cronici saturnino ed alcoolico. Di tal modo considerando la malattia di Bright, essa appare come una malattia del sangue, suscettibile di tre stadi: il primo *funzionale*, caratterizzato appena dall'elevata pressione arteriosa; il secondo di *malattia di Bright cronica senza nefrite*, caratterizzato dalla fibrosi arterio-capillare diffusa; il terzo di *malattia di Bright cronica con nefrite*, esito naturale, sebbene non necessario, della affezione. Quest'ultimo stadio è il solo diagnosticato ordinariamente; il primo è di difficile osservazione; il secondo è quello clinicamente più importante, e sul quale l'Autore attira tutta l'attenzione.

Il rene, in tale secondo periodo, è rosso, più o meno granuloso, ed atrofico; le arterie sono ingrossate, il cuore ipertrofico. Al microscopio si osserva l'ingrossamento della membrana propria dei tubuli renali o delle capsule malpighiane; le arterie sono ingrossate in tutte le tonache; l'epitelio è normale ancora, o quasi. Nel terzo periodo invece l'epitelio dei tubuli è in via di proliferazione notevole, ciò che si riconosce già ad occhio nudo dalla presenza di granulazioni grigie o gialle sulla sostanza corticale; è allora che avvengono l'albuminuria e i fenomeni idropici.

Ora, si è nel secondo stadio che l'alterazione renale si mantiene indifferente di fronte alla secrezione urinosa; la diagnosi non ha appoggio che dai sintomi cardiaco-vascolari. La dimostrazione venne data or è qualche tempo dal nostro Autore, il quale sui rapporti dell'ospedale di Guy potè comporre una lista di 100 casi di rene rosso pienamente comprovanti l'asserzione messa avanti dogmaticamente la prima volta da Mahomed medesimo. Su quei 100 casi, soli 26 avevano dato in vita segni diagnostici sufficienti di malattia di Bright; gli altri erano registrati sotto diagnosi diverse, emorragia cerebrali, malattie di cuore, di polmoni, ecc. La ragione era questa: i 26 casi diagnosticati offrivano il così detto *rene misto*, cioè con proliferazione epiteliale, gli altri 74 avevano il vero rene rosso.

Il dott. Saundby porta un eguale contributo di 98 casi: in 22 fu fatta la diagnosi di malattia di Bright, e si trovò che il rene apparteneva alla forma mista; gli altri casi così si classificavano: 16 malattie di cuore, 11 apoplessie, 8 malattie polmonari, gli altri avevano presentato affezioni diverse mediche e chirurgiche.

Ritornando sull'argomento (imperocchè la presente Memoria non è che un nuovo contributo alla tesi già sostenuta), Mahomed potè raccogliere, nel biennio 1879-80 altre 61 storie di rene atrofico, della quale

21 vanno fornite del reperto anatomico, raccolto da osservatori competenti ed imparziali. Quasi tutti i casi presentarono i seguenti caratteri diagnostici: elevata pressione arteriosa, considerevole ipertrofia di cuore, arterie inspessite, orine non albuminose mai in 41 casi, negli altri 20 albuminuria transitoria od eccezionale. I 21 casi fatali presentavano tutti ispessimento delle arterie visibile ad occhio nudo; ipertrofia di cuore considerevole, meno in tre casi (un tisico, una donna assai deperita, un caso di dilatazione aortica); in 10 casi i reni erano rossi, granulosi; in 2 i reni offrivano quasi esclusivamente delle lesioni vascolari; in tre l'affezione renale era mista; in cinque i reni parevano normali, ma al microscopio svelarono l'ispessimento dei vasi.

Segue la minuta istoria dei 61 casi, suddivisi nei seguenti gruppi:

1.° Casi di *insufficienza cardiaca:* sono 20, dei quali 8 letali: l'orina fu pressochè sempre non albuminosa: il cuore era assai ipertrofico e dilatato; le valvole erano inspessite, come accade quando sono soggette ad una forte pressione. In 5 esisteva l'aortite deformante, che dà luogo al soffio dell' insufficienza aortica, ma se ne distingue per il polso, il quale, sebbene sembri scoccante, è tuttavia persistente. In 5 casi la valvola mitrale era diventata insufficiente per la dilatazione del viscere, ma non era alterata. Negli 8 casi mortali si trovò ispessimento delle arterie e il rene più o meno granulosc.

2.° Casi di *insufficienza polmonare*: sono 11, letali 6; l'esistenza della malattia di Bright era evidente: tutti presentavano poi varie forme polmonari, ciò che d'altronde è già stato osservato da altri; Wilks, per esempio, afferma che difficilmente trovasi la malattia di Bright senza bronchite; questa maschera ordinariamente quella perchè non si fa attenzione ai segni dell'elevata pressione arteriosa. Anche pensando ad un'alterata crasi sanguigna, il nostro pensiero si arresta per lo più alle diatesi reumatica, gottosa, ecc.

3.° Casi di *malattia cerebrale:* 11 casi, 2 mortali: in tutti l'orina era solitamente normale: se la malattia cerebrale si dichiarò in un momento d'albuminuria, ciò poteva accennare ad una esacerbazione della soverchia tensione vasale, per cui anche il rene si congestionava. È quindi evidente la necessità di rilevare lo stato della tensione sanguigna nei casi di affezione cerebrale (emorragie, rammollimenti, vertigine).

4.° Casi di *idropisia renale senza albuminuria.* Sono 12, distinguibili in due categorie: nell'una entrano pochi casi di edema renale cronico, in cui il materiale essudato è gelatinoso, onde ricorda il *mixoedema;* nell'altra quell'esacerbazione di sintomi brightici che suol dare l'albuminuria transitoria, dà invece un edema generale. Mahomed cerca la spiegazione della mancante albuminuria in questi tre momenti: costrizione attiva delle arterie renali, in opposizione all'aumento di pressione — ingrossamento dei vasi dei gomitoli malpighiani, in opposizione all'essudazione albuminosa — ingrossamento delle capsule dei gomitoli, in opposizione alla distensione dei vasi: l'azione di questi momenti impe-

disce l'albuminuria, mentre l'aumento di pressione negli altri vasi del corpo li dilata e li rende permeabili (anasarca).

5.° Casi con *gotta:* sono 6, due con saturnismo: gotta e saturnismo sono già accettati come cause disponenti al *morbus Brighti:* Mahomed domanda se non fosse poi il Morbus Brighti istesso, nel senso di malattia generale dell'apparecchio circolatorio, che dispone al saturnismo.

6.° Casi con *grave epistassi*: è frequente occorrenza l'epistassi nei vecchi aventi una forte pressione arteriosa, ed è utile a prevenire guai maggiori. Nei tre casi dell'Autore i segni di quella erano evidenti.

7.° Casi con *affezioni varie mediche e chirurgiche.* Sono 9 casi, in cui l'elevata tensione arteriosa mostravasi con tutte le sue conseguenze insieme all'affezione per cui il paziente degeva nell'ospitale.

8.° Casi in cui l'*albuminuria era variabile,* o scompariva interamente. È un gruppo in cui il rene presentava la forma mista (rene giallo): la moltiplicazione epiteliale ha per conseguenza l'albuminuria; talfiata però questa mancava (forse per la cura e forse per la leggerezza dell'affezione). Questa sarebbe la forma comunemente diagnosticata.

Clement Lucas. — **On a remarkable instance of hereditary tendency to the production of supernumerary Digits.** (*Memorabile esempio di tendenza ereditaria alla produzione di dita soprannumerarie*); pag. 417.

Trattasi dell'apparizione di un dito soprannumerario, ora alle mani, ora ai piedi, in una famiglia attraverso a cinque generazioni, cominciando da una donna: quest'avola, la prima che avesse tale anomalia, la trasmise di figlio in figlio a 24 degli 80 suoi discendenti. È inoltre a notarsi che fra questi si ebbero anche un labbro e un palato leporino.

Symonds Chartèrs J. — **Statistical Account of the surgical treatment of Aneurism.** (*Informazione statistica della cura chirurgica dell'aneurisma*); pag. 447.

È una statistica accurata di tutti i casi di aneurisma curati nel Guy's Hospital nel periodo 1866-80. Dobbiamo limitarci ad un cenno di questi 82 casi: vennero curati;

| | |
|---|---|
| colla compressione sola | 42 |
| » » seguita dall'introduzione di peli equini nel sacco | 1 |
| » » seguita dalla legatura Hunteriana | 19 |
| » legatura Hunteriana | 13 |
| » spaccatura del sacco | 3 |
| » legatura in distanza | 3 |
| coll'amputazione | 1 |

I risultati sono i seguenti:

1.° Casi curati colla legatura alla Hunter:

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| legatura dell'iliaca esterna; | casi | 9 — | guariti | 7 — | morti | 2 |
| » femorale: | » | 20 — | » | 14 — | » | 6 |
| » carotide: | » | 2 — | » | — — | » | 2 |
| » brachiale: | » | 1 — | » | 1 — | » | — |

È di qualche interesse la conoscenza della causa della morte:

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1° | A. della femorale, | leg. dell'iliaca est., | morte di | peritonite in | 4ª | giorn. |
| 2° | » | » » | » | emorragia | 31ª | » |
| 3° | » | » della femorale, | » | piemia | 20ª | » |
| 4° | » | » » | » | » | 23ª | » |
| 5° | A. fem.-popliteo, | » » | » | » | 16ª | » |
| 6.° | A. popliteo, | » » | » | cloroformio | 32ª | » |
| 7° | » | » » | » | piemia | 23ª | » |
| 8° | » | » » | » | gangrena | 19ª | » |
| 9° | A. della car. int., | » della car. com. | » | ramm. cer. | 11ª | » |
| 10° | A. » com., | » » | » | gang. emor. | 34ª | » |

Va notato che non venne mai usata medicatura antisettica. Il N. 6 era già stato operato di legatura; ma siccome il sacco aneurismatico permaneva, si volle passare alla spaccatura, e mentre finiva l'operazione, il paziente soccombeva al cloroformio.

2.° Casi curati colla compressione: furono 62, così distribuiti:

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Aneurisma dell'iliaca: | curati | 2 | falliti | 1 | guariti | 1 |
| » femorale: | » | 7 | » | 4 | » | 3 |
| » poplitea: | » | 46 | » | 21 | » | 25 |
| » succlavia: | » | 1 | » | — | » | 1 |
| » ascellare: | » | 1 | » | — | » | 1 |
| » brachiale: | » | 2 | » | 1 | » | 1 |
| » ulnare: | » | 1 | » | — | » | 1 |
| » carotide: | » | 1 | » | 1 | » | — |
| » innominata: | » | 1 | » | 1 | » | — |

Galton Franc. e Mahomed I. A. — **On inquiry into the Physiognomony of phtise by the methode of « compotite Portraiture. »** (*Ricerche sulla fisionomia dei tisici col metodo dei ritratti composti*). Pag. 475.

Gli Autori ebbero la singolare idea di indagare se la fisonomia dei tisici offre qualche tratto caratteristico, come fa supporre la vecchia distinzione umorale dei tipi tubercolare e strumoso. Si valsero a tale scopo del così detto metodo di *fotografie composte*, nel quale ogni lastra fotografica viene esposta a parecchie negative di seguito, in guisa da averne un *tipo medio*, a quel modo che fanno le loro medie gli statisti. Essi hanno sottoposto a tale trattamento le fotografie di 442 pazienti tisici in vario stadio (261 maschio, 181 femmina), e ne fecero non

solo la fotografia composta di 50 per volta, ma fin le composte di secondo e terzo ordine! Dapprima non parve loro di aver ottenuto alcun risultato attendibile; ma a furia di esaminare, provare, comporre e scomporre i tipi e le serie più simiglianti, confrontati anche colle fotografie composte di altri 100 malati dell'ospedale, non tisici, poterono accertare la realtà dell'antica osservazione, che fra i tisici si possono distinguere due tipi: l'uno a lineamenti rozzi, grossolani, lo *strumoso* — l'altro a lineamenti fini e delicati, il *tubercolare*.

La Memoria è corredata delle molteplici prove fotografiche.

Brailey A. W. — **On some points in relation to intraocular glioma**. (*Annotazioni intorno il glioma intraoculare*), pag. 497.

Considerando il glioma retinico in relazione colla struttura de' suoi elementi (granuli non dissimili da quelli retinici) e col modo di sua diffusione, l'Autore è indotto a ritenere, che quel tumore ha una derivazione nervosa, non connettiva. Gli strati dei coni e dei bastoncini, il molecolare, il connettivo sottile di sostegno delle fibre nervee, le fibre perpendicolari del Müller, le guaine vasali non prenderebbero parte alla formazione del tumore, il quale avrebbe sua sede e suo sviluppo negli strati granulari e si diffonderebbe prestamente allo strato delle fibre ottiche e delle cellule nervose. Il vitreo, la parte ciliare della retina e la coroidea soffrirebbero meccanicamente e in modo secondario. Per altro l'Autore non crede che sieno i veri elementi funzionali, nervosi, dalla retina, quelli che direttamente danno origine alla neoproduzione, ma sì una proliferazione straordinaria dei nuclei della neuroglia.

I vasi che nutrono il glioma, quantunque abbondanti, non sono mai grossi e le cellule del tumore non sono direttamente in contatto con la parete di quelli, separandole una guaina linfatica propria a ciascun vaso. Le cellule poi del tumore si dispongono ad aree caratteristiche nel glioma, però che le più vicine ai vasi e le meglio nutrite compajano molto più chiaramente delimitate, più colorite e men grosse e inversamente si presentino l'altro alla osservazione.

Il nervo ottico può prender parte alla neoproduzione e da un simil fatto, cioè a dire quando la degenerazione è progredita ben oltre la lamina cribrosa, devesi ripetere la causa delle recidive del glioma nell'orbita, dopo l'enucleazione del bulbo.

Quanto alla diagnosi del glioma della retina, occorre intracciare le note visibili traverso la pupilla, la tensione oculare, lo stato della camera anteriore e, fino a un certo punto l'anamnesi. Per differenziare il vero glioma dal pseudo-glioma o da altre affezioni oculari, che possono simularlo, convien ricordare il color del fondo oculare, caratteristico; il serpeggiare dei vasi retinici sul tumore, le possibili emorragie, la camera anteriore stretta, quasi chiusa alla periferia, la tensione che prestamente aumenta, l'età giovine dei pazienti, non proclive a primitive affezioni del vitreo o a distacchi di retina, ecc., ecc.

Due belle tavole illustrative accompagnano il breve lavoro dell'Autore.

**Recherches microscopiques sur les bactéries de l'air et du sol**, par M. PIERRE MIQUEL, attaché a l'Observatoire de Montsouris. — *Annuaire de l'Observatoire de Montsouris*, pour l'an 1882. Paris, pag. 406.

Questa Memoria del Miquel è divisa in otto capitoli e va adorna di alcune figure e diagrammi grafici. La precede una breve prefazione, nella quale l'Autore espone la grande importanza acquistata in questi ultimi tempi dallo studio dei bacterii, non che le molte difficoltà che ancora rimangono a superarsi.

I. *Ricerche statistiche sui bacterii sparsi nell'aria del parco di Montsouris.* — Il processo adoperato per raccogliere e numerare i bacterii dell'atmosfera consiste nell' introdurre in una serie di conserve nutritive di brodo, reso neutro e sterile, una quantità di polvere aerea calcolata in modo da determinare cinque volte su dieci l'alterazione del liquido sul quale si esperimenta. Nel parco di Montsouris la quantità di polvere capace di alterare il brodo è compresa sotto un volume di aria variante da 1 litro a 25 litri. Con questo mezzo l'Autore ha calcolato giorno per giorno il numero dei bacterii dell'atmosfera ed ha riassunto in un diagramma i risultati, che vanno dall' ottobre 1880 alla fine di settembre 1881. Le cifre qui ottenute non differiscono di molto da quelle che si ebbero nei dodici mesi antecedenti ( vedi *Annuaire* pour l'an 1881, pag. 381 ). Oltre al diagramma l'Autore dà ancora (p. 412) in una tabella le medie mensili dei bacterii raccolti durante due anni nel parco di Montsouris.

*Bacterii raccolti per ogni metro cubo di aria nel parco di Montsouris.*

| Mese | Nel 1880-81 | Nel 1879-80 | Media |
|---|---|---|---|
| Ottobre . . . . | 142 | 252 | 197 |
| Novembre . . . | 106 | 209 | 158 |
| Dicembre . . . . | 49 | 48 | 49 |
| Gennajo . . . . | 45 | 36 | 41 |
| Febbrajo . . . . | 31 | 15 | 23 |
| Marzo . . . . | 74 | 93 | 83 |
| Aprile . . . . | 48 | 56 | 52 |
| Maggio . . . . | 80 | 195 | 137 |
| Giugno . . . . | 92 | 39 | 65 |
| Luglio . . . . | 190 | 53 | 122 |
| Agosto . . . . | 111 | 47 | 79 |
| Settembre . . . | 105 | 129 | 117 |

Da queste medie risulta che il numero dei bacterii dell' aria diminuisce rapidamente alla fine di autunno, rimane basso durante l' inverno e torna a crescere in estate, passando per una serie di oscilla-

zioni dipendenti dalle condizioni meteorologiche dominanti. Il più gran numero di bacterii si ha nell'autunno, come risulta dalla seguente tabella (p. 413).

*Media trimestrale dei bacterii raccolti per ogni metro cubo di aria nel parco di Monstouris.*

| | Autunno | Inverno | Primavera | Estate |
|---|---|---|---|---|
| Nel 1879-80 . . . | 169 | 48 | 97 | 76 |
| Nel 1880-81 . . . | 114 | 50 | 73 | 135 |
| | 142 | 49 | 85 | 105 |

Il trovarsi gran numero di bacterii in autunno dipende, secondo l'Autore, da parecchie condizioni favorevoli alla loro moltiplicazione. Il loro numero va diminuendo nell'inverno e si riduce al minimo verso la fine di questa stagione, ossia dopo un freddo prolungato. Risulta quindi che « il freddo è il principale agente distruttore dei bacterii atmosferici. »

Oltre al freddo avvi un altro agente distruttivo, la *siccità*. Le osservazioni fatte in estate, mettendo a confronto il numero dei bacterii raccolti, colla quantità di pioggia caduta, ogni 24 ore (e l'Autore riporta due diagrammi dimostrativi) indicano che nei giorni caldi che susseguono ad una pioggia i bacterii aumentano, per diminuire poi rapidamente se la siccità si prolunga. Quindi l'Autore trae la seguente conclusione: « il numero dei bacterii dell'aria, sempre poco elevato durante i tempi piovosi, aumenta durante la secchezza del suolo, poi diminuisce quando la siccità si protrae al di là di 10, 15 giorni. »

II. *Della preparazione di alcuni nuovi liquidi nutritivi.* — L'esperienza ha mostrato che la qualità del liquido nel quale si fa passare l'aria atmosferica influisce sul numero dei bacterii, che vi si sviluppano. Così le soluzioni preparate con sostanze puramente minerali non danno luogo quasi a nessun bacterio, mentre quelle ottenute da sostanze animali ne danno un numero più o meno grande. Quindi la preparazione di un liquido adatto è della più grande importanza per queste ricerche.

I liquidi animali, che, secondo l'Autore, si presterebbero bene sarebbero il sangue e l'urina estratta dagli animali viventi, impedendo il contatto dell'aria; ma è necessario possedere animali in gran quantità e far loro subire operazioni lunghe e dolorose. Egli quindi si è servito a preferenza di una infusione di carne fresca fatta a freddo e resa sterile: di questa ognuno può prepararsi facilmente parecchi litri alla volta, quanti cioè necessitano per le ricerche giornaliere. Ha però adoperato anche liquidi di altra natura come si dirà in appresso.

L'Autore poi descrive minutamente il modo di preparare questo brodo di carne ed in generale tutti i liquidi destinati alla cultura dei germi

**Recherches microscopiques sur les bactéries de l'air et du sol**, par M. PIERRE MIQUEL, attaché a l'Observatoire de Montsouris. — *Annuaire de l'Observatoire de Montsouris*, pour l'an 1882. Paris, pag. 406.

Questa Memoria del Miquel è divisa in otto capitoli e va adorna di alcune figure e diagrammi grafici. La precede una breve prefazione, nella quale l'Autore espone la grande importanza acquistata in questi ultimi tempi dallo studio dei bacterii, non che le molte difficoltà che ancora rimangono a superarsi.

I. *Ricerche statistiche sui bacterii sparsi nell'aria del parco di Montsouris.* — Il processo adoperato per raccogliere e numerare i bacterii dell'atmosfera consiste nell'introdurre in una serie di conserve nutritive di brodo, reso neutro e sterile, una quantità di polvere aerea calcolata in modo da determinare cinque volte su dieci l'alterazione del liquido sul quale si esperimenta. Nel parco di Montsouris la quantità di polvere capace di alterare il brodo è compresa sotto un volume di aria variante da 1 litro a 25 litri. Con questo mezzo l'Autore ha calcolato giorno per giorno il numero dei bacterii dell'atmosfera ed ha riassunto in un diagramma i risultati, che vanno dall'ottobre 1880 alla fine di settembre 1881. Le cifre qui ottenute non differiscono di molto da quelle che si ebbero nei dodici mesi antecedenti ( vedi *Annuaire* pour l'an 1881, pag. 381 ). Oltre al diagramma l'Autore dà ancora (p. 412) in una tabella le medie mensili dei bacterii raccolti durante due anni nel parco di Montsouris.

*Bacterii raccolti per ogni metro cubo di aria nel parco di Montsouris.*

| Mese | Nel 1880-81 | Nel 1879-80 | Media |
|---|---|---|---|
| Ottobre . . . . | 142 | 252 | 197 |
| Novembre . . . | 106 | 209 | 158 |
| Dicembre . . . . | 49 | 48 | 49 |
| Gennajo . . . . | 45 | 36 | 41 |
| Febbrajo . . . . | 31 | 15 | 23 |
| Marzo . . . . . | 74 | 93 | 83 |
| Aprile . . . . . | 48 | 56 | 52 |
| Maggio . . . . . | 80 | 195 | 137 |
| Giugno . . . . . | 92 | 39 | 65 |
| Luglio . . . . . | 190 | 53 | 122 |
| Agosto . . . . . | 111 | 47 | 79 |
| Settembre . . . . | 105 | 129 | 117 |

Da queste medie risulta che il numero dei bacterii dell'aria diminuisce rapidamente alla fine di autunno, rimane basso durante l'inverno e torna a crescere in estate, passando per una serie di oscilla-

Da questa tabella risulta come l'albume d'ova sia un mezzo ben poco sensibile ai germi dei bacterii aerei; mentre lo sono in alto grado i succhi delle piante.

Dall'esame del quadro suddetto l'Autore fa rilevare che il brodo neutralizzato, che gli aveva sempre servito in tutte le sue ricerche, è risultato un mezzo poco adatto allo sviluppo dei bacterii aerei; così chè in questo liquido di 10 germi di schizomiceti uno solo si moltiplica e gli altri muojono. Le cifre quindi circa di 100, messe nel primo capitolo, devono venire aumentate sino a 1000, 1200. Naturalmente le proporzioni restano le medesime, solo va aumentata la cifra assoluta.

Dalle esperienze dell'Autore risulta ancora un altro fatto degno di nota nello studio delle malattie infettive ed è che in epoche diverse e con diversi mezzi di cultura variano le proporzioni delle diverse specie di microbi. Così nell'anno passato sopra 100 microbi dell'aria del parco di Montsouris si ebbe il seguente rapporto (adoperando il brodo sterilizzato) (p. 440).

| | |
|---|---|
| Micrococchi . . . . | 68 |
| Bacilli . . . . . | 24 |
| Bacterii . . . . | 8 |
| | 100 |

Nell'anno attuale le proporzioni cambiarono nel modo seguente:

| | |
|---|---|
| Micrococchi . . . . | 79 |
| Bacilli . . . . . | 14 |
| Bacterii . . . . | 7 |
| | 100 |

Riguardo ai diversi liquidi di cultura, le urine sterilizzate a caldo od a freddo, neutre, acide od alcaline diedero presso a poco la stessa proporzione del brodo sterilizzato, come lo indica chiaramente una tabella riportata. Invece i succhi vegetali ed il succo di vitello danno luogo a sviluppo di una gran quantità di bacterii, come lo mostra la seguente tabella comparativa (p. 441).

| | Succo di cavoli | Succo di frutta | Succo di vitello | Siero sanguigno | Brodo neutro |
|---|---|---|---|---|---|
| Micrococchi . | 59 | 58 | 68 | 77 | 79 |
| Bacilli . . | 9 | 8 | 3 | 13 | 14 |
| Bacterii . . | 32 | 34 | 29 | 10 | 7 |
| | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

Conviene però tenere in mente che tutte queste cifre non indicano che le proporzioni per 100, mentre in via assoluta i diversi liquidi

danno luogo ad un numero di microbi molto superiore a quelli ottenuti nel brodo neutralizzato, e precisamente nelle proporzioni seguenti (p. 442).

| | Succó di vitello | Brodo neutralizzato |
|---|---|---|
| Micrococchi . . . | 866 | 73 |
| Bacilli . . . . | 38 | 13 |
| Bacterii . . . . | 370 | 6 |
| | 1274 | 92 |

Così il succo di vitello a confronto del brodo neutralizzato fornisce 18 volte più micrococchi, 3 volte più bacilli, e 30 volte più bacterii. Il modo diverso con cui si comportano le varie sostanze rispetto alle varie specie di microbi, ci rende ragione delle grandissime difficoltà che si incontrano nel raccogliere e nel far sviluppare i germi delle malattie infettive; germi che possedono somma fragilità e che per germogliare hanno bisogno di un liquido molto simile allo siero ed al sangue dell'economia animale.

IV. *Del numero e della natura dei bacterii raccolti nelle strade di Parigi.* — L'Autore ha determinato il numero dei bacterii delle strade di Parigi; li ha raccolti tutti i giorni alla stessa ora nella strada di Rivoli, che fa parte del IV Circondario ed è uno dei luoghi più centrali e più frequentati della città; poi li ha fatti sviluppare nel brodo neutro, come aveva fatto per quelli del parco di Montsouris al fine di istituire confronti.

Ecco il risultato ottenuto, secondo le stagioni (p. 449).

| | | |
|---|---|---|
| Autunno | 1880 . . | 750 |
| Inverno | 1881 . . | 520 |
| Primavera | 1881 . . | 1170 |
| Estate | 1881 . . | 1110 |

Da ciò risulta che nell'interno della città il numero dei microbi varia secondo le stagioni; debole in inverno si eleva in primavera, restò elevato in estate per diminuire nuovamente in autunno.

Le variazioni mensili dei bacterii raccolti nel centro della città, messe a confronto con quelle del parco di Montsouris si possono vedere nel seguente specchio (p. 450).

*Bacterii raccolti per ogni metro cubo d'aria.*

| | Al IV Circondario | A Montsouris |
|---|---|---|
| Ottobre 1880 . . . | 920 | 142 |
| Novembre 1880 . . . | 750 | 106 |
| Dicembre 1880 . . . | 540 | 49 |
| Gennajo 1881 . . . | 470 | 45 |

| | Al IV Circondario | A Montsouris |
| --- | --- | --- |
| Febbrajo 1881 . . . | 330 | 31 |
| Marzo 1881 . . . | 750 | 74 |
| Aprile 1881 . . . . | 970 | 48 |
| Maggio 1881 . . . | 1000 | 80 |
| Giugno 1881 . . . | 1540 | 92 |
| Luglio 1881 . . . | 1400 | 190 |
| Agosto 1881 . . . | 960 | 111 |
| Settembre 1881 . . . | 990 | 105 |

Da questo specchio si rileva che i microbi tanto della via di Rivoli, quanto del parco di Montsouris hanno presentato una media mensile minima in febbrajo 1881 ed un massimo nel giugno e luglio dello stesso anno. Le variazioni mensili però del centro di Parigi sono minori confrontate con quelle di Montsouris che sono assai più brusche. Ad ogni modo un rapporto abbastanza stretto fra le variazioni delle due suddette località apparisce abbastanza chiaro guardando alle osservazioni settimanali che vengono riportate in un diagramma.

Il fatto cardinale poi che spicca da questo studio comparativo è il numero relativamente assai grande dei bacterii nell'aria del centro di Parigi. L'Autore non ha potuto studiare, come avrebbe desiderato, il modo di comportarsi dei bacterii, partendo dalle fortificazioni e venendo fino nel centro della città; tutto però porta a credere che il loro numero cresca dalla periferia al centro. Asserisce inoltre che per le ricerche fatte nel cimitero di Montparnasse situato alla stessa distanza da centro di Parigi delle fortificazioni sud, il numero dei microbi non oltrepassa il doppio di quelli che sono abitualmente nel parco di Montsouris. L'Autore da ciò conclude che i cimiteri non sieno una fonte di germi nocivi, come molti hanno sostenuto.

Secondo il nostro Autore i bacterii trovati in gran numero nell'aria del centro della città provengono in piccolissima parte dalla campagna, in grandissima invece dall'interno delle case. I bacterii poi raccolti nelle case possono provenire sia dalla strada, sia dagli avanzi di sostanze alimentari sia dai cessi mal tenuti e poco lavati. Egli però ritiene che il maggior numero derivi dal suolo delle strade e che le case, allorchè sieno ben tenute, non facciano che restituire al di fuori quello che dal di fuori hanno ricevuto. Nelle strade poi i germi infettivi verrebbero dalla filtrazione delle fogne che non scolano convenientemente: quindi la risoluzione di uno dei problemi fondamentali dell'igiene di una città consiste nell'allontanare presto e facilmente dai quartieri centrali e popolosi le materie putrefatte o capaci di putrefarsi, e di dar luogo a germi infettivi.

Un'altra ricerca. L'Autore avendo visto che il numero dei microbi è 10 volte maggiore nel centro della città che non nel parco di Montsouris, volle accertarsi se accadeva la stessa cosa nella loro qualità.

Il fatto rispose negativamente come risulta dal seguente specchietto (p. 402).

*Qualità per 100 dei bacterii raccolti.*

| | Al IV Circondario | A Montsouris |
|---|---|---|
| Micrococchi . . . | 93 | 79 |
| Bacilli . . . . | 5 | 14 |
| Bacterii . . . . | 2 | 7 |
| | 100 | 100 |

Il che mostra che anche nella qualità dei microgermi l' atmosfera della città differisce notevolmente da quella delle campagne.

V. *Della presenza nell'aria dei fermenti ammoniacali.* — In questo capitolo l'Autore facendo una digressione, si occupa dei fermenti ammoniacali dell' urina. Egli narra che il Pasteur trovò per primo nel fondo e nelle pareti dei vasi contenenti urine alterate, un vegetabile di forma globulare, che esso ritenne come l'agente della fermentazione ammoniacale. Più tardi Van Thieghem dimostrò che lo sdoppiamento dell'urea in acido carbonico ed ammoniaca dipendeva realmente dal microbo speciale, scoperto dal Pasteur, che fu chiamato *micrococcus ureae.* Il nostro Autore con numerose ricerche non solo ha confermato l'esistenza di questo microbo, ma ha scoperto inoltre due nuovi fermenti ammoniacali nelle urine, assai diversi dal precedente.

Il primo ed il più energico si mostra sotto l' aspetto di un piccolo bastoncino, difficile a vedersi, di una lunghezza variabile e di una larghezza inferiore a $^1/_{1000}$ di millimetro. Nel principio della fermentazione questi fili si vedono chiaramente; più tardi i suoi articoli si segmentano, si riassorbono, o si polverizzano, lasciando spore puntiformi o sferule rudimentali, che appena si arrivano a riconoscere nel sedimento. Questo fermento che l' Autore denomina *bacillus ureae* è un essere anaerobio, ossia che può compiere il suo sviluppo in un mezzo sprovvisto di ossigene: il che spiega come egli non si formi mai alla superficie dell'urina in istato di fermentazione ammoniacale.

L'altro fermento appartiene alla classe delle muffe ed ha un' azione meno pronta e meno completa degli altri due. Nell' urina le spore di questa muffa-fermento germogliano rapidamente e formano un micelio voluminoso, che si avvicina alla superficie del liquido ove dà luogo a tubi fruttiferi colla testa leggermente gonfiata, all'estremità della quale nasce una catena di spore incolori. Questo vegetale della tribù degli *aspergilli* e del genere *torula* va forse confuso colla criptogama conosciuta sotto il nome di *torula sacchari.*

L'Autore ritiene inoltre che probabilmente vi siano anche altri microfiti capaci di sdoppiare l'urea in acido carbonico ed ammoniaca.

Questi tre fermenti ammoniacali non sono egualmente distribuiti nel-

l'atmosfera. Il *micrococcus ureae* è senza dubbio quello che con maggior frequenza vi si riscontra; poi viene il *bacillus ureae* e da ultimo la muffa, come risulta dalla seguente tabella (p. 476).

*Natura dei fermenti ammoniacali raccolti nell' aria a Montsouris per mezzo.*

| | dell'urina sterilizzata a 110° | dell'urina normale sterilizzata a freddo | dell'urina neutra sterilizzata a freddo | Media |
|---|---|---|---|---|
| Micrococcus ureae | 64 | 70 | 80 | 71 |
| Bacillus ureae . | 24 | 16 | 16 | 19 |
| Torula ureae . . | 12 | 14 | 4 | 10 |
| Casi di fermentazione | 100 | 100 | 100 | 100 |

Il *micrococcus ureae* è dunque il fermento ammoniacale più sparso a Parigi: esso si trova non solo nell'aria, ma nelle acque nelle polveri prese a caso, ecc.: il che spiega la facilità di fermentazione delle urine esposte direttamente al contatto dell'aria; così pure spiega come le urine trattenute lungo tempo in vescica subiscano spesso la fermentazione ammoniacale, quantunque ciò non sia un fatto assolutamente costante.

VI. *Bacterii degli ospedali.* — Nell' annuario dell' anno antecedente l'Autore riportò le analisi fatte all'Hotel-Dieu nelle Sale Sainte-Jeanne (donne) e Saint-Christophe (uomini) sotto il servizio del prof. Germano See. Queste sale si trovarono popolate in media da 5600 bacterii per ogni metro cubo di aria.

Cominciando poi dal gennajo 1881 l'Autore ha messo i suoi apparecchi alla Pitié ed ha esaminata l'aria della Sala Michon (uomini) dalle 8 alle 9 del mattino, e quella della Sala Lisfrank (donne) verso le 10, dopo la visità dei prof. Verneuil. Ecco il risultato ottenuto (p. 485).

*Bacterii raccolti per ogni metro cubo d' aria.*

| 1881 | Nella Sala Michon (uomini) | Nella Sala Lisfrank (donne) | Al 4.° Circondario |
|---|---|---|---|
| Marzo | 11100 | 10700 | 750 |
| Aprile | 10000 | 10200 | 970 |
| Maggio | 10000 | 11400 | 1000 |
| Giugno | 4500 | 5700 | 1540 |
| Luglio | 5800 | 7000 | 1400 |
| Agosto | 5540 | 6600 | 960 |
| Settembre | 10500 | 8400 | 990 |
| Ottobre | 12400 | 12700 | 1070 |
| *Novembre* | *15000* | 15600 | 810 |

La differenza nel numero dei bacterii fra la Sala uomini e la Sala donne dipende dalla loro diversa situazione ed aereazione, non che dal diverso accumulamento di ammalati.

In questa tabella è notevole la diminuzione dei bacterii alla fine della primavera, epoca nella quale invece l'aria delle strade si carica assai di microfiti: ciò dipende, secondo l'Autore, da questo che in primavera si lasciano le finestre aperte per molto tempo e quindi l'aria interna trova agio di rinnovarsi e di purificarsi.

Riguardo poi alla qualità dei microrganismi della Pitié, l'Autore avrebbe trovato sopra 100 bacterii 91 micrococchi, 5 bacilli e 4 bacterii; ossia i microrganismi vi sarebbero nella stessa proporzione della strada di Rivoli solo che sono dieci volte più numerosi.

L'Autore ha tentato ancora alcuni esperimenti di inoculare a porcellini d'India i bacterii raccolti nelle sale d'ospedali e generalmente li ha trovati innocui: qualche volta però ha determinate lesioni analoghe all'infezione purulenta. Sopra quest'argomento di somma importanza medica egli non corre a nessuna precipitata conclusione, aspettando che altri faccia esperienze più esatte.

Le conseguenze che egli trae da dette analisi sono, che per rendere meno insalubre l'aria tanto degli ospedali, quanto delle strade e delle abitazioni situate in loro vicinanza sarebbe necessario che detti ospedali fossero costruiti in mezzo all'aperta campagna lontano dai centri abitati. Ciò sarebbe il meglio; ma non potendosi ottenerlo l'Autore consiglia di usare medicature disinfettanti che serviranno non a togliere i germi infettivi, ma a diminuirli. A questo proposito egli trova superflua la completa medicatura, secondo il metodo del Lister, ma crede bastevole la semplice medicatura coll'acido fenico.

VII. *Dei bacterii sparsi nelle polveri e nel suolo.* — Comincia l'Autore dal descrivere il metodo, del quale si è servito per misurare (sempre mediante lo sviluppo in liquidi di cultura) il numero dei bacterii delle polveri: metodo che permette di raggiungere un rilevante grado di precisione, se non la certezza assoluta.

Un poco di polvere tolto da un mobile di un appartamento posto al terzo piano di una casa nella strada di Rennes si divise in due parti: la prima pesava grammi 0.194, la seconda grammi 0.210; dalla prima si ottennero 1330000 bacterii, dalla seconda 1340000.

Un altro poco di polvere secca raccolta sopra un foglio di carta lasciato nella Biblioteca dell'Osservatorio di Montsouris fornì per ogni grammo di polvere una volta 760,000 bacterii ed un'altra volta 740,000.

Queste cifre ed altre ancora, che qui non sono riportate, dimostrano che la polvere delle abitazioni site nel centro della città contiene molto più bacterii di quella dei luoghi che stanno alle estremità, oppure nella campagna aperta.

Anche la natura dei bacterii varia, secondo il luogo, come lo dimostra il seguente specchietto (p. 505).

*Natura dei bacterii contenuti nelle polveri raccolte.*

| | Micrococchi | Bacilli | Bacterii | Totale |
|---|---|---|---|---|
| A Montsouris . . | 25 | 70 | 5 | 100 |
| Nella strada di Rennes | 60 | 34 | 6 | 100 |
| Nella strada Monge . | 75 | 18 | 7 | 100 |

L'Autore ha praticate anche le analisi microscopiche delle terre, ma non ha istituite ancora osservazioni così numerose da poter stabilire le leggi che regolano l'apparire e lo sparire dei bacterii nel suolo; tuttavia sembra che il loro numero sia sotto la dipendenza delle stagioni, della pioggia o della secchezza. L'esame della terra tolta dal parco di Montsouris avrebbe dimostrato che il numero dei microbi capaci di svilupparsi nel brodo neutralizzato è di circa un milione per ogni grammi di terra disseccata a 30° durante 48 ore.

Nel suolo poi i minimi organismi più abbondanti sarebbero i bacilli. Infatti sopra 100 schizomiceti tolti dai terreni arati si conterebbero 90 bacilli e 10 bacterii di altre specie. Questi bacilli devono quindi avere una parte importantissima nei fenomeni di decomposizione della materia organica.

VIII. *Bacterii e malattie epidemiche.* — Dei rapporti fra i bacterii e le malattie epidemiche l'Autore si è già occupato nell'Annuario antecedente, nel quale ha esposti alcuni risultati ai quali era pervenuto: ora ha continuate le ricerche in proposito.

Il nostro organismo presenta due vie facili per la penetrazione dei microbi: esse sono la mucosa respiratoria e quella del tubo digerente, ed accidentalmente i punti ove sono stati eseguiti traumatismi chirurgici, laddove la pelle sana offre grande resistenza. Ora le malattie infettive, che tutto conduce a ritenere cagionate da minimi esseri microscopici, devono naturalmente prodursi per la penetrazione nel nostro corpo di tali germi per inoculazione tanto diretta, quanto indiretta. In quest'ultimo caso, che è il più frequente il loro veicolo devono essere l'aria, gli alimenti o le bevande. Dai germi infettivi contenuti nelle bevande e negli alimenti possiamo in qualche modo premunirci colla cottura, ma da quelli dell'aria il problema è assai più difficile.

L'aria è dunque il mezzo nel quale i germi o fermenti vivono, viaggiano e resistono agli agenti distruttivi. Però l'Autore non ritiene che l'aria sia capace di trasportare questi germi a grandi distanze, per es., da una città ad un'altra, e quindi pensa che il modo più comune di trasmissione delle malattie infettive sia da individuo ad individuo, da camera a camera, da casa a casa.

Le malattie infettive che a Parigi danno la più grande mortalità sono: la febbre tifoide, il vajuolo, la rosolia, la scarlattina, la difterite, la febbre puerperale, e forse l'atrepsia. L'Autore, a questo proposito, riporta un diagramma nel quale sono rappresentati di confronto il nu-

mero dei bacterii osservati nell'anno 1880-81 nell'aria della strada di Rivoli, ed i decessi avuti settimanalmente a Parigi per le malattie sopradette. Da tale confronto risulta come ordinariamente vi sia un rapporto fra le malattie infettive ed i bacterii con qualche rara eccezione. Fra tutte le malattie infettive figura in prima linea la febbre tifoide, poi il cholera infantile, in seguito le febbri eruttive. Le malattie catarrali della laringe non sembrano partecipare alla relazione suddetta.

L. Mazzotti.

# VARIETÀ

**Il Guicciardini e l'Astrologia nel cinquecento.** — Il celebre storico stando a Bologna, governatore pel Papa Clemente VII, scriveva a Luigi Guicciardini il 26 giugno 1534 « Veggo quanto scrivete delle Chiane et della Fortezza. Quella di Firenze, secondo intendo si sollecita forte (1). Sarebbe pure anche bene che cotesta si facessi (2). Et certo sarebbe bene eleggere buoni punti, quando si fanno simili cose, maxime che l'aspettare IIII o VI dì più o manco al principiarle non importi niente. Questi astrologi di qui, maxime el Vitale, minacciano excessivamente et molto assertivamente le cose nostre. Dio ci aiuti, chè a me fa più paura l'astrologia di terra che quella di cielo; ma quando si accordano tutte due, è tanto peggio.... » (Le Carte Strozziane Parte I. In: Appendice dell'Archivio storico italiano. Firenze 1882, N. X. Disp. IV pag. 317, 319).

## Opere presentate alla Direzione degli *Annali Universali di Medicina.*

*Berruti Giuseppe.* « Ospizio marino piemontese. » Anno X. (1880). Torino 1881. Relazione statistico-sanitaria.

— Idem. Anno XI. (1882). Torino 1882.

— « Primo caso di estirpazione totale dell'utero eseguito in Italia col processo di Bardenhauer. Torino 1882.

(1) Ne fu messa la prima pietra la mattina del 15 luglio 1534 *ad hore XIII et minuti 15* essendo stato giudicato, in mezzo a molti pareri, il punto migliore. Ma il consultare gli astri e il seguirne i responsi, non toglieva che nel metter mano all'opera non si richiedessero le benedizioni della Chiesa, e difatti in quell'occasione fu celebrate messe solenne, essendo presente l'Arcivescovo e molti altri prelati.

(2) Cioè quelle d'Arezzo, dove Luigi Guicciardini era Commissario.

*Bocci Balduino.* « Contributo alla fisiologia della respirazione. » (« Rivista Clinica »). Bologna 1882.

*Boncinelli E.* « Tre proposte al Terzo Congresso internazionale d'Igiene. » Venezia, Coletti, 1882.

*Brugnoli Giovanni.* « Dell'adiastolia in un avvelenamento da nitrobenzina. » (« Mem. dell'Accad. delle scienze dell'Istituto di Bologna »). Bologna. Gamberini e Parmeggiani. 1881, in-4.°

*Brugnoli Giovanni.* « Il salicilato di soda quale specifico nella cura della pleurite essudativa reumatica e fors'anche del tetano reumatico. » (« Mem dell'Accad. delle scienze dell'Istituto di Bologna. ») Bologna Gamberini e Parmeggiani, 1882; in-4.°

*Brunetti.* « Il prof. ..... a sua Eccellenza il sig. comm. prof. Guido Baccelli, Ministro della pubblica Istruzione. Lettera riguardante l'andamento dell'istruzione superiore. » (« Gazzetta d'Italia »). Roma 1882.

(Segue: Il militarismo nell'istruzione superiore. Lettera del medesimo al Direttore della *Gazzetta d'Italia*).

*Calderini Giovanni.* « Alcuni vizii congeniti dell'apparato genitale. » Bologna, Gamberini e Parmeggiani, 1882. (« Bull. delle scienze med. » Vol IX).

« Quatrième Congrès international d'Hygiène et de Démographie à Genève du 4 au 9 septembre 1882. » Genève, Schuchardt, 1882, 8.°

*Cuzzi Alessandro.* — Clinica ostetrica di Catania. — « La durata dell'emorragia menstrua in rapporto collo sviluppo del feto a termine e colla gravidanza multipla. » Bologna, Fava e Garagnani, p. 27. (« Rivista clinica » 1882).

*Fiorani Giovanni.* « Nuovo processo per l'amputazione totale della lingua. » Milano, Rechiedei, 1882, 8.° gr. (« Ann. un. di med. Vol. 259).

*Fornasini Luigi.* « Colera e febbri palustri. » Congetture. Milano, Rechiedei, 1882, 8.° (« Gazz. med. Lomb. »).

*Froschauer J.* « Demonstration über das Verhalten der Schimmelvegetation und der septischen Infection, zur Schewelwasserstoff und der mit bezüglichen Mittheilungen. » (« Wiener Mediz. Presse » 1882, N. 8, 9, 10 e 12).

*Lampugnani Carlo.* « Sulla cura radicale dell'idrocele. » Osservazioni. Milano, Rechiedei, 1882, 8.° (« Gazz. med. Lomb. »).

*Marcacci Giosuè.* « Di una seconda ovariotomia. » Napoli, Detken, 1882. (« Giorn. internaz. delle scienze med. »).

Meteorologia (Ufficio centrale di). « Servizio meteorico-agrario. » Anno 3.° (1882), N. 18, 19, 20. — Ultima decade di giugno, prima e seconda decade di luglio.

Milano (Comune di). Ufficio di statistica. « Bollettino necrologico mensile. » Mese di aprile e maggio.

*Mori Robusto.* « Bullettino trimestrale di statistica demografica e medica di Cesena. » (3.° trimestre del 1881 e 1.° del 1882). Cesena, Tip. Nazionale, 1882.

*Pagliani Luigi.* « Il massaggio e le injezioni intra-articolari nella cura delle artriti croniche. » Torino, Celanza, 1882. (« Giorn. della R. Accad. d' Torino »).

*Panzeri Pietro.* « Il corsetto gessato di Sayre nella spondilite. » Con sei figure. Milano 1882. (« Gazzetta degli Ospedali » 10-14-17 maggio).

*Raffa Arturo.* « Alcune osservazioni di ginecologia operativa. » (« Annali d'ostetricia » Milano 1882).

*Raggi Antigono.* « Rendiconto statistico sul Manicomio provinciale di Pavia in Voghera per l'anno amministrativo 1881-82 ». Pavia, Bizzoni, 1882, di pag. 27, in-4.° con 17 tav. statistiche.

*Reliquet.* « La lithotritie doit être faite sans traumatisme. » (« Gazette des Hôpitaux » 13 e 16 maggio). Paris 1882.

« Rendiconto morale dell'Amministrazione del Comune di Udine. » Anno 1880. Udine, Bardusco. — È unita una: Tabella statistica riferibile all'età, abitazione, ecc., stato civile ed epoche dell'anno in cui avvenne la morte.

*Righi Ferdinando.* « Condizioni della pellagra nella provincia di Verona. » Relazione della Commissione d'inchiesta provinciale al Consiglio provinciale di Verona. Verona, Franchini, 1881, 4.° con una carta

*Salomoni Annibale.* « L'anchilostoma e l'anchilostomo-anemia. » Osservazioni cliniche, anatomiche e terapeutiche. Cremona, Ronzi e Signori, 1882.

*Seppilli Giuseppe.* « Nuove ricerche sull'ipnotismo. » Rassegna. (« Rivista sper. di freniatria » Reggio Emilia, 1882).

*Seppilli Giuseppe.* « Del mixoedema o cachessia pachidermica. » Rivista critica. (« Riv. sper. di freniatria » Reggio Emilia 1882).

*Tamburini A.* e *Seppilli G.* « Seconda contribuzione allo studio sperimentale dell'ipnotismo nelle isteriche. » (« Rivista sper. di freniatria » Reggio Emilia, 1882).

*Tempesta Quintilio.* « Dell'obesità nelle donne considerata specialmente nei suoi rapporti etiologici con alcune malattie dell'apparato sessuale. » Napoli 1882.

*Torelli Luigi.* «Carta della malaria dell'Italia illustrata. » Firenze, Pellas, 1882, in-4, pag. 68 a 2 col.

*Vlacovich Giampaolo.* « Intorno agli ultimi due libri del Trattato = De re Anatomica = di Realdo Colombo. » Memoria. (« Atti del R. Istituto veneto. » Venezia, Antonelli 1882).

---

*Il Direttore e Gerente responsabile*
Prof. A. Corradi.

# INDICE DELLE MATERIE

## RIVISTA DI CHIRURGIA

24. Mazzoni — *Varicocele sinistro. Asportazione mediante la forbice Paquelin* — 114.
25. Reliquet — *La litotrizia deve eseguirsi senza traumatismo* — 115.
26. Sonnenburg — *Un nuovo metodo di cura della extrofia vescicale* — 118.
27. Gluck — *Di un nuovo mezzo ausiliare per la diagnosi delle malattie renali unilaterali* — 118.
28. Lannois — *Della estirpazione del rene* — 119.
29. Kümmel — *Dell' efficacia e dei pericoli dell' injezione intraarteriosa di soluzione alcalina di cloruro di sodio nell' anemia acuta* — 121.
30. Riedel — *Sulla questione della narcosi nell'ovariotomia* — 123.
31. Johnen — *Sulla questione della narcosi nell'ovariotomia e nell'operazione cesarea* — 123.
32. Marta — *La lussazione anteriore dell'estremità sternale della clavicola* — 124.
33. Förster — *Dell'uso del bendaggio di caoutchouc solido nella curà consecutiva di alcune forme di lussazione e della rigidità consecutiva* — 125.
34. Raffa — *Shock. Storia clinica, considerazioni e proposta* — 126.
35. Landerer — *Estirpazione dell'astragalo lussato* — 126.
36. Medini — *Disarticolazione del 1.° cuneiforme* — 128.
37. Bernhardt-Martin — *Della coincidenza della tabe dorsale col mal perforante del piede* — 128.
38. Kassovitz — *Della causa del rilasciamento delle articolazioni nella rachitide* — 130.
39. Sakimovitch — *Intorno al trapiantamento di scheggie ossee nelle ossa lunghe* — 131.
40. Kölliker — *Dell'innesto del midollo delle ossa* — 130.
41. Schüller Max — *Dei micrococchi nell'osteomielite acuta infettiva e dei focolai di micrococchi nelle cartilagini articolari* — 132.
42. Köker — *Delle malattie isolate delle fibro-cartilagini del ginocchio e della condrectomia* — 134.
43. Rose — *Cura della pustola carbonchiosa senza cauterizzazione* — 137.

## BIBLIOGRAFIA.

## GUY'S HOSPITAL REPORTS

edited by H. G. Howse M. S. and Frederia Taylor M. D.
Third Series, Vol. XXV.
(London, Churchill, 1881, 8°, p. 531 con tav.).

Fagge Hilton — *La porpora emorragica nello sviluppo dei sarcomi multipli* — pag. 138.

## VARIETÀ.

# RIVISTA D'ANATOMIA PATOLOGICA

del dott. GIOVANNI WEISS

Professore nell'Università di Messina

---

Marchiafava — *Sopra un caso di sarcoma del cervello con diffusione nei nervi cerebrali e spinali.*
Posadsky — *Fibroma mollusco multiplo congenito.*

Prof. Griffini e Dott. Cambria. — **Sull' eziologia della polmonite cruposa.** (*Giornale internazionale delle Scienze mediche.* Anno IV, pag. 353).

Gli Autori di fronte alle opinioni discordi dei patologi intorno alla natura della pneumonite cruposa, si proposeso coi loro esperimenti di eruire: 1.° Se nello sputo e nel sangue degli affetti da pneumonite cruposa esistono costantemente speciali microfiti, e se questi corrispondono alle monadine del Klebs. 2.° Quale sia l' azione dello sputo fresco dei pneumonici, il più possibile scevro di saliva, se introdotto sotto la cute o nelle vie respiratorie degli animali; quale l'azione del sangue defibrinato e della sua fibrina, inoculata questa sotto la cute, injettato quello nel cavo peritoneale, o per la trachea nel polmone. 3.° Quale azione abbia la saliva dei pneumonici injettata sotto la cute o nelle vie aeree. 4.° Data l'esistenza di un particolare microfito ed ottenutane la coltivazione, quale azione esso dispieghi introdotto sotto la cute e nelle vie respiratorie degli animali. 5.° Se si possa col mezzo di irritanti comuni injettati per la trachea nei polmoni, ottenere una pneumonite cruposa artificiale, coi caratteri di quella naturale dell' uomo, e se gli animali infettati precedentemente coi materiali derivanti dai pneumonici, sentano più fortemente l'azione degli irritanti comuni.

Le conclusioni delle lunghe e diligenti ricerche furono le seguenti:

1.° Nel sangue e nello sputo dei pneumonici esiste un bacillo speciale differente dalle monadine di Klebs. 2.° Lo sputo dei pneumonici scevro di saliva, injettato sotto la cute e nella trachea dei conigli e dei cani, produsse invariabilmente in tutti una malattia coi caratteri clinici ed anatomici della setticemia acuta con esito sempre letale — il sangue di questi animali, preso molte ore prima della morte e inoculato sotto la cute di un altro, lo uccise rapidamente. — La disinfezione della bocca non modificò l' azione letale dello sputo. Gli Autori non intendono di asserire che quest'azione sia propria soltanto dello sputo dei pneumonici, molto più che antiche esperienze del Senator dimostrerebbero che il muco bronchiale fresco produce fenomeni letali identici. 3.° La saliva dei pneumonici uccise rapidamente i conigli, mentre nei cani produsse soltanto un ascesso del luogo della injezione. 4.° Il sangue defibrinato dei pneumonici injettato nel cavo peritoneale e nella trachea dei conigli e dei cani, produsse elevazioni di temperatura variabili e poco significanti nei cani, ma giammai una forma di polmonite. La fibrina di questo sangue, innestata sotto la cute, produsse la morte di un coniglio, mentre rimase inattiva sopra una cavia. 5.° I liquidi delle varie coltivazioni del bacillo del sangue dei pneumonici injettati sotto

la cute e nella trachea, quando questo bacillo si trovava nei varj stadj di vegetazione, produssero nei conigli e nei cani elevazioni di temperatura irregolari, ma nessuna alterazione da parte dei polmoni, nè di altri organi. Le elevazioni di temperatura furono più forti nei conigli se il liquido era di prima coltivazione; il sangue di questi conigli, contenente lo stesso bacillo, inoculato in altri, produsse analoghe elevazioni di temperatura. L'injezione d'una goccia di liquido di coltivazione nella camera anteriore dell'occhio di un coniglio produsse una forte suppurazione locale e la morte per successiva infezione settica. 6.° Il bacillo dello sputo e del sangue dei pneumonici si trasmette sempre ai conigli e cani, inoculati nel cui sangue esso si può trovare durante la vita in quantità moderata, che va crescendo dopo la morte dell'animale. Ma tale bacillo, trasmesso nel sangue degli animali, non produce la polmonite cruposa, e la sua esistenza nel sangue dei pneumonici è da considerarsi come un fatto secondario; è probabilmente introdotto coll'aria nei polmoni dei pneumonici e quivi si moltiplica abbondantemente e passa nel sangue. 7.° L'ammoniaca forte, injettata in piccola dose per la trachea nei polmoni dei cani, tanto se previamente infettati coi liquidi di coltivazione e col sangue dei pneumonici, come se non ebbero alcun precedente trattamento, produsse invariabilmente una forma di *polmonite cruposa che fu sempre lobare* se l'animale visse alcuni giorni. L'infezione precedente con materiali derivanti dai pneumonici non stabilisce alcuna predisposizione nell'animale; l'ammoniaca adunque non agisce in questi casi come causa semplicemente occasionale, ma per sè sola è capace di produrre *una vera polmonite cruposa lobare*. Quindi, la polmonite cruposa *non è una malattia d'infezione.*

Dott. Friedlaender. — **Ueber die Schizomyceten bei der acuten fibrösen Pneumonie.** (*Intorno ai microbi nella pneumonite acuta fibrinosa*). In: *Virchow's Arch.* Vol. 87, pag. 319.

Klebs, Eberth e Koch asserirono d'aver trovato il bacillo della pneumonite. L'Autore volle convincersi della verità dell'asserto, e a questo solo scopo sottopose a rigorose indagini otto casi di pneumonite genuina. Il risultato fu costantemente positivo. I micro-organismi aveano sede nei coaguli fibrinosi dei bronchi, nell'infiltrato alveolare, nelle vie linfatiche del connessivo interstiziale. I micrococchi erano di forma elissoide, lunghi un millimetro, larghi $^2/_3$ di millimetro; ora erano uniti a due a due, ora costituivano catene più lunghe, ora formavano delle vere colonie. L'Autore non crede di poter rispondere al quesito se questi schizomiceti sieno la causa della pneumonite; però si dichiara più amico che avversario di questa ipotesi.

Dott. Uskoff. — **Giebt es eine Eiterung unabhängig von niederen Organismen?** (*Esiste suppurazione indipendentemente da organismi inferiori?*). In: *Virchow's Arch.* Vol. 86, pag. 150.

L'Autore dopo aver intrapresa una serie di esperimenti a fine di

sciogliere il quesito, risponde che si danno in fatti dei casi nei quali succede una suppurazione senza la comparsa di micrococchi o di batteridi; che quindi essi non si devono ritenere quali generatori della suppurazione, potendo questa essere ottenuta intensissima la mercè di agenti chimici e meccanici, senza la menoma compartecipazione di infimi organismi. A tale conclusione giunse l'Autore injettando sotto la cute dei liquidi fra loro differenti, quali, l'acqua distillata, il latte, l'olio d'oliva, la trementina, questa commista all'acido fenico, e la marcia. Si furono specialmente le injezioni di trementina che provocarono costantemente la suppurazione senza la simultanea comparsa dei microbi; quindi l'Autore attribuisce giustamente all'azione della trementina la produzione della marcia.

Birch-Hirschfeld. — **Die Entstehung der Gelbsucht neugeborner Kinder.** (*L'origine dell'itterizia dei neonati*). In: *Virchow's Arch* Vol. 87, pag. 1.

L'Autore dopo aver preso a disamina le varie opinioni che vigono intorno all'itterizia dei neonati e aver sommariamente accennato a tutti gli argomenti invocati da alcuni patologi per dimostrare l'indole ematogena del morbo, non crede però di dover dividere questa opinione. Anzi facendosi forte delle numerosissime osservazioni anatomo-patologiche da lui medesimo fatte, nonchè dei responsi datigli dalla chimica, dimostra l'origine epatica di quell'itterizia. Le regioni molto diffusamente spiegate si riassumono in ciò: 1.° La causa del cosidetto ittero benigno dei neonati risiede nell'edema del connettivo della capsula del Glisson che a sua volta è provocata da una stasi venosa che ha luogo nel territorio vascolare delle vene ombellicali e della porta, e induce la compressione dei più grossi dotti biliferi che scorrono in questo tessuto.

2.° L'origine epatogena di quest'itterizia viene provata dalla presenza degli acidi biliari nel siero pericardico giallognolo dei neonati itterici, mentre d'altro canto i detti acidi biliari non sono dimostrabili nel siero pericardico di neonati non itterici.

3.° Tutti i sintomi dell'itterizia dei neonati e tutte le condizioni sotto le quali essa ha origine, si possono facilmente subordinare alla rinvenuta causa anatomica.

L'Autore giudica che anche l'itterizia maligna e infettiva dei neonati sia d'indole epatogena e che l'infezione non abbia luogo come molti credono dall'arteria ombellicale, ma dalle vene, nelle quali si stabilirebbe una flebite centrale e una pilìflebite che dal punto di entrata della vena ombellicale si propagherebbe nella vena porta, inducendo nel fegato edema purulento del connettivo più grossolano e infiltrazione granulosa e cellulare del più fino, che sarebbero la principalo origine dell'itterizia.

Dott. Elsenberg. — **Die anatomischen Veränderungen der Speicheldrüsen bei Wuthkrankeit der Hunde und Menschen.** (*Le alterazioni anatomiche delle ghiandole salivari nella rabbia dei cani e dell'uomo*). In: *Virchow's Arch.* Vol. 87, pag. 89.

L'Autore avendo sottoposto ad esame rigoroso le ghiandole salivari di non meno di 12 cani arrabbiati, rinvenne le principali alterazioni seguenti: Una considerevole iperemia dei vasi sanguigni sì venosi che arteriosi; invece i capillari erano compressi da una infiltrazione di piccole cellule, talune delle quali si presentavano fusiformi o stellate, la maggior parte erano cellule linfoidi, rotonde od ovali, provvedute di uno o più nuclei granulosi. Queste cellule risiedevano specialmente nel connettivo interstiziale di preferenza all' intorno dei dotti escretorj minori, invadendo pure talfiata anche le vescicole ghiandolari. Gli acini ghiandolari si trovavano perciò rimpiccioliti, ed il loro epitelio offriva ad un tempo parecchie condizioni patologiche, quali sarebbero una piccolezza ed un' opacità maggiore del protoplasma ed un volume e uno splendore maggiore del nucleo. Contemporaneamente le cellule epiteliali si scioglievano dalla membrana propria e in seguito presentavano segni di regressione adiposa. Anche le lunule del Giannuzzi si trovarono ingrossate fino a confluire insieme in masse maggiori. Oltre a tutto ciò l'Autore nota espressamente la presenza di globuli bianchi negli acini più alterati. La infiltrazione cellulare non avveniva solo attorno alle vescicole ed ai condotti ghiandolari, ma aveva pur luogo nell'interno dei gangli nervosi, fra cellula e cellula gangliare e talvolta perfino entro alle stesse cellule.

Tutte le ghiandole offrivano le stesse alterazioni ma non tutte nella stessa misura. La ghiandola sottomascellare le offriva più intense; quindi la sottolinguale, la orbitale e la parotide.

Anche nell'uomo l'Autore ritrovò analoghe alterazioni ma molto meno intense.

Egli caratterizza il processo quale una infiammazione interstiziale provocata dal virus della rabbia, non potendo esso dipendere nè da una ipersecrezione che manca in quel morbo, nè da un catarro propagato dalla mucosa orale alle ghiandole, nè dalla febbre.

L'Autore è d'avviso che le alterazioni descritte sieno patognonomiche solo pei cani, e non per l'uomo, poichè in questo le alterazioni si presentano molto lievi e non differiscono da quelle che si osservano nel tifo e in altre malattie d'infezione.

Dott. Baginsky. — **Zur Pathologie der Rachitis.** (*Intorno alla patologia della rachitide*). In: *Virchow's Archiv.* Vol. 87, pag. 301.

L'Autore aveva dimostrato in una Memoria antecedente 1.° che non esiste differenza nella quantità di calce contenuta nell'orina di bambini sani e di bambini rachitici; 2.° che nelle feci dei bambini rachitici la quantità di calce è maggiore in confronto di quella contenuta nelle feci

di bambini sani; 3.° che l'acido lattico molto probabilmente ha una parte non poco importante nell'alterazione delle ossa rachitiche. Il presente lavoro dà conto dei risultati ottenuti sugli animali, a seconda che era loro impartito un cibo povero o ricco di calce, ovvero un cibo mescolato ad acido lattico. Ne avvenne che gli animali cui si sottrasse dagli alimenti la calce e quelli che oltre a ciò furono trattati coll'acido lattico, presentarono le ossa più corte, più voluminose, ma nello stesso tempo più povere di sostanza compatta. Le alterazioni microscopiche delle ossa furono identiche a quelle delle ossa rachitiche. La quantità di sostanza inorganica in confronto dell'organica apparve diminuita: e la diminuzione fu più sensibile nelle ossa del cane cui fu propinato l'acido lattico, di quello che nel cane solamente privato di sali calcarei. — Risultò inoltre che il rapporto su cento fra sostanza organica ed inorganica era diverso nelle varie ossa degli stessi animali, mentre era oltre ogni dire costante nelle varie ossa del cane nutrito di cibo ricco di calce; il che dimostrava all' Autore la poca regolarità avvenuta nella formazione del tessuto osseo nelle condizioni accennate.

Dott. Catiano. — **Ueber die Störungen nach ausgedehnten Hautverbrennungen.** (*Intorno alle alterazioni consecutive ad estese scottature*). In: *Virchow's Arch.* Vol. 87, pag. 345.

L'Autore non essendo soddisfatto delle varie ipotesi immaginate per dare una spiegazione plausibile dei gravi sintomi caratteristici delle scottature cutanee estese, combatte sovrattutto le seguenti: 1.° quella basata sull'infiammazione degli organi interni abbracciata dai francesi; 2.° l'ipotesi cardio-paralitica dei tedeschi; 3.° quella che si fonda sulla deformazione dei globuli rossi osservata da Max Schulze; 4.° la teoria di Sonnenburg che fa dipendere la morte da una diminuzione riflessa del tono vascolare; 5.° quella di Lesser che opina, possa l'elevata temperatura delle parti bruciate riscaldare il sangue e con ciò distruggersi il rapporto fra l'emoglobina e lo stroma dei globuli, e stabilirsi l'assoluta sospensione della funzione dei globuli stessi. — La morte adunque avverrebbe in causa d'una anemia relativa.

Naturalmente l'Autore alle teorie respinte ne sostituisce una nuova, e la cerca in una sostanza velenosa che in causa del rapido riscaldamento dovrebbe svolgersi da qualche prodotto normale della cute. Questa sostanza dovrebbe essere il formiato d'ammoniaca che normalmente è contenuto nel sudore e che rapidamente riscaldato dovrebbe mutarsi in acido prussico. A questo l'Autore subordina tutti i sintomi che accompagnano le gravi ustioni cutanee.

Dott. Israel. — **Experimentelle Untersuchung über die Zusammenhang zwischen Nierenkrankeiten und secundären Veränderungen des Circulationssystems.** (*Indagine sperimentale intorno al rapporto fra le malattie renali e le alterazioni secondarie del sistema circolatorio*). In: *Virchow's Arch.* Vol. 86, p. 299.

È noto ai lettori di questo periodico che l'Autore ed il Grawitz avevano in una antecedente Memoria cercato di abbattere la teoria meccanica del Traube intorno alle ipertrofie di cuore senza lesione degli apparecchj valvolari, che succedono specialmente negli individui colpiti da nefrite interstiziale cronica granulosa: e vi aveano sostituito una teoria chimica, ammettendo che in seguito ad una diminuzione della funzione renale le sostanze uropoetiche del sangue esercitino uno stimolo sul cuore il quale perciò agirebbe maggiormente, e diverrebbe quindi ipertrofico. Contro queste conclusioni desunte da una non esigua serie di ben condotti esperimenti, si levò un nugolo d'obbiezioni, dalle quali si difende l'Autore anche a nome del Grawitz rispondendo al Cohnheim che la contraddizione fra le misure manometriche e la determinazione della funzione circolatoria presa complessivamente, era solo apparente e fondata sopra un equivoco dimostrando al Sander ed a parecchi altri, che le lesioni provocate sperimentalmente sui reni erano identiche a quelle della nefrite granulosa, che in qualche caso si poterono financo notare delle lesioni dei vasi tali e quali si vedono in quella malattia; praticando infine una serie di esperimenti che consistevano nel far circolare per lungo tempo col sangue di molti conigli delle sostanze superflue all'organismo, e che quindi dovevano necessariamente esserne separate. Le sostanze impiegate furono specialmente l'urea e il nitrato di soda; gli animali assoggettati all'esperimento mostrarono costante l'ipertrofia di cuore; e perciò crede l'Autore d'aver provato coi fatti la verità della teoria chimica dianzi enunciata.

Dott. Samuelson. — **Folgen der Kranzarterienverschliessung für das Herz.** (*Effetti della chiusura delle coronarie sul cuore*). In: *Virchow's Arch.* Vol. 86, pag. 539.

I risultati ottenuti dal Cohnheim e dal Rechberg legando le arterie coronarie dei cani, sono noti. Essi ottennero costantemente ***un rallentamento delle battute, senza diminuzione della pressione sanguigna*** ed un'inerzia assoluta e irreperabile del cuore, simultanea pei due ventricoli, in uno a subitanea discesa della curva manometrica. Prima di loro avea eseguite ricerche esperimentali sullo stesso tema il Samuelson, e le sue conclusioni erano riescite considerevolmente diverse, avendo egli in seguito all'avvicendata chiusura ed apertura della coronaria sinistra ottenuto: 1.° un rallentamento delle battute in quasi tutti i casi; 2.° una diminuzione della pressione sanguigna nel ventricolo sinistro nel più dei casi; 3.° e contemporaneamente una stasi sanguigna nell'atrio sinistro.

Ora l'Autore procura di spiegare le gravi divergenze di fatto, facendo osservare che il Cohnheim ed il V. Rechberg legavano le coronarie, mentre egli si limitava a chiuderle e ad aprirle alternativamente servendosi di semplici pinzette; ed a questo proposito fa notare che quando il Cohnheim, sperimentando non più sui cani ma sui conigli si serviva pur egli di pinzette, allora i risultati furono, per confessione degli stessi sperimentatori, diversi e analoghi ai suoi. Egli perciò non crede abbia il Cohnheim bene agito adattando senza riserva alcuna i risultati dell'esperimento alla patologia umana; poichè solo poche volte avviene nell'uomo la chiusura completa delle coronarie, e quindi la morte improvvisa; ben più sovente, invece, la chiusura non è completa nè permanente, e in questi casi i sintomi offerti si avvicinano maggiormente ai risultati ottenuti dal Samuelson. L'Autore riferisce sommariamente in appoggio alle sue idee un caso di stenocardia in seguito a chiusura dell'arteria coronaria sinistra, descritto dal dottor Dehio.

Prof. Colomiatti. — **Contribuzione allo studio della endocardite acquisita acuta unilaterale destra.** (*Archivio per le Scienze mediche.* Vol. V, pag. 323).

L'Autore descrive diligentemente 5 casi di endocardite acuta acquisita della valvola tricuspidale, e dopo aver dimostrato ch'essi non sono poi tanto rari come si credeva, stabilisce che l'affezione può colpire, o unicamente la tricuspidale, o solamente le sigmoidee polmonari, o ad un tempo la tricuspidale e le polmonari; che può essere perforante in un orificio e contemporaneamente vegetante nell'altro; che non guarda il sesso; e che non è neanco propria piuttosto di questa che di quella età, essendosi trovata nell'età bambina, e nei due sessi in gioventù e vecchiaja. Prova quindi con un 6.° caso che l'endocardite può anche presentarsi unicamente sull'endocardio parietale destro e quivi pure dare origine a vegetazioni limitate specialmente all'orecchietta destra.

In tutti i casi l'esame microscopico delle vegetazioni dimostrò che esse erano costituite da connettivo embrionale, i cui elementi erano in buona parte colpiti da regressione granulo-adiposa. Le vegetazioni erano lacerabilissime, e diedero luogo sovente ad emboli polmonari.

Dott. Peters. — **Ueber die hyaline Entartung bei der Diphtheritis des Respirationstractus.** (*Della degenerazione jalina nella difterite delle vie respiratorie*). In: *Virchow's Arch.* Vol. 87, pag. 477.

L'Autore, giovandosi del ricco materiale offertogli dal prof. Reklinghausen, volle indagare se la regressione jalina sia nella difterite fatto costante, se essa si estenda oltre che negli elementi e tessuti indicati dal Reklinghausen, anche in altre regioni, e possibilmente sotto quali norme.

Si può dire che la costanza fu veramente sorprendente. Sopra 51 casi di difterite pura, la regressione jalina comparve sempre; estesa in 47, poco sviluppata in tre, limitata ad un solo punto, in un caso. I primi che ne vengono profondamente colpiti sono i capillari e le piccole arterie (tonaca media). Anche il contenuto dei vasi può apparir jalino in causa di degenerazione dei globuli bianchi; neanche l'endotelio rimane illeso. Oltre ai vasi degenerano pure i tessuti circostanti ai medesimi; quindi gli strati superficiali della mucosa, ovvero il tessuto delle ghiandole linfatiche, a seconda che i vasi colpiti, a queste appartengono ovvero a quella.

L'Autore vide inoltre divenir jalini i vasi linfatici, le cellule dei tessuti, le cellule rotonde d'infiltrazione, gli epitelj, il tessuto connessivo, la membrana basale e finalmente anche la vera pseudomembrana difterica che secondo l'Autore è costituita da cellule epiteliali, dalle cellule vecchie connessive, dagli elementi delle pareti vascolari, dai globuli bianchi, e dalle cellule purulente di qualsiasi origine. — Compagne frequenti della regressione jalina sono le emorragie e le colonie di microbi; però l'Autore non crede che le prime abbiano rapporto causale colla degenerazione; in quanto ai micrococchi egli non fa che ripetere le note e divergenti opinioni intorno alla loro importanza patogenica. L'ordine col quale ammalano i varj elementi è il seguente: Dapprima gli epitelj, quindi il contenuto dei vasi sanguigni e linfatici, quindi le pareti dei vasi e i vicini parenchimi.

Prof. Raehlmann. — **Ueber hyaline und amyloide Degeneration der Conjuctiva des Auges.** (*Intorno alla degenerazione jalina ed amiloide della congiuntiva oculare*). In: *Virchow's Archiv*, Vol. 87, pag. 325.

La regressione amiloide della congiuntiva è fenomeno raro e degno di speciale attenzione, perchè non è l'espressione d'una qualsiasi generale cachessia come lo sono le degenerazioni amiloidi del fegato, della milza, dei reni e via dicendo. I primi casi di simile affezione furono descritti dal Reymond e dall'Autore, che la trovarono sempre circoscritta in guisa da rappresentare un tumore amiloide in continuazione colla congiuntiva, e senza traccia d'infiltrazione all'intorno.

Ora l'Autore si occupa dapprima minuziosamente delle reazioni chimiche della sostanza amiloide oculare per dimostrare la sua identità con quella che si forma negli organi interni; quindi rivolge la sua attenzione ai mutamenti istologici che avvengono nella congiuntiva ed asserisce con Böttcher e Küber esser dalla degenerazione colpite le cellule e non la sostanza intercellulare, e precedere alla vera degenerazione amiloide una degenerazione jalina del tessuto, caratterizzata dal pallore, dalla trasparenza, da una vitrea omogeneità delle regioni colpite e dalla mancanza della reazione caratteristica. Questa degenerazione colpisce dapprima le cellule, quindi il connettivo che serve da

stroma, più tardi il connettivo fibrillare degli strati più profondi della congiuntiva, e le tonache delle piccole e delle grosse arterie; in queste la prima colpita è la media.

Altro fatto importante verificato dall'Autore in molti casi di regressione amiloide della congiuntiva, è la proprietà ch'essa possiede di venire assorbita, probabilmente dopo aver subito trasformazioni essenziali; poichè altrimenti non si potrebbe nemmeno immaginare l'assorbimento d'una sostanza nota per la sua grande resistenza contro tutti i chimici solventi.

Dott. Uhthof. — **Ein Fall von ungevöhnlicher Degeneration der menschlichen Conjunctiva.** (*Un caso di insolita degenerazione della congiuntiva umana*). In: *Virchow's Archiv*, Vol. 86, pagina 299.

In questo caso si trattava di degenerazione adiposa parziale della congiuntiva, in causa della quale le regioni colpite aveano assunto un aspetto vitreo, e trattate coll'iodio e acido solforico si colorivano in bruno ed anche in bleu. L'Autore dopo aver ricordata l'analogia di questa reazione con quella caratteristica della sostanza amiloide, dimostra che le masse dotate della medesima, si potevano estrarre coll'alcool, col cloroformio e col calore si riducevano in goccie; erano quindi costituite da grasso. Egli poi non è lontano dal credere che tanto l'aspetto vitreo come la reazione accennata, sieno stati causati dall'azione del liquido di Müller, nel quale la congiuntiva in discorso era stata conservata.

Prof. Schultze. — **Ueber Spalt — Höhlen — und Gliombildung in Ruckenmarcke und in der Medulla oblongata.** (*Intorno alla formazione di lacune, caverne e gliomi nel midollo spinale e nell'allungato*). In: *Virchow's Archiv*, Vol. 87, pag. 510.

L'Autore riferisce cinque casi di malattie nervose fra loro diverse, che tutte però offrivano o lacune, o caverne, o neoformazione gliomatosa nel midollo allungato e nel midollo spinale.

Nel 1.° caso si trattava di contratture delle estremità inferiori e d'una affezione articolare cronica. — L'autopsia dimostrò delle singolari lacune nel midollo allungato, una lacuna trasversale nella porzione cervicale del midollo spinale, proliferazione dell'ependima nella porzione dorsale, degenerazione dei cordoni laterali.

Nel 2.° caso si trattava di nevrosi delle estremità superiori, comparsa nel decorso di un ileotifo, alla quale più tardi s'aggiunsero delle parestesie in tutti gli arti e dolori specialmente alla regione sacrale. L'autossia rivelò proliferazione della nevroglia e formazione di lacune nell'ependima e nei cordoni posteriori.

Il 3.° era un caso d'imbecillità accompagnato da paralisi periferica; la sezione cadaverica mise in chiaro un idrocefalo, delle lacune nel mi-

dollo spinale, una parziale atrofia dei cordoni e delle corna anteriori nella porzione dorsale, la degenerazione dei cordoni di Goll nella porzione cervicale, e delle singolari anomalie nella struttura del midollo.

Nel 4° caso fu dato al clinico di notare atrofia e paresi delle estremità superiori; estesa analgesia e parziale anestesia; sintomi bulbari transitori. L'autossia dimostrò estese lacune nel midollo spinale; quasi completa distruzione di tutta la sostanza grigia, specie nella porzione cervicale; lacune nel midollo allungato; atrofia parziale di una oliva.

Il 5.° era un caso di sclerosi laterale amiotrofica; al tavolo di sezione fu dato di verificare un esteso glioma del midollo e siringomielia. L'Autore fa notare in primo luogo che le lacune e le caverne erano costantemente accompagnate, sia da semplice proliferazione ed aumento della glia, sia da veri gliomi; fatto impossibile a spiegarsi colla semplice accidentalità. Quindi dimostra che la proliferazione della nevroglia ha quasi sempre intimi rapporti coll'ependima, provenendo ordinariamente da esso la proliferazione delle cellule e delle fibre; altre volte però il punto di partenza può essere rappresentato dalla sostanza grigia delle corna posteriori, ovvero anche dalla sostanza bianca. In quanto alle lacune e alle caverne, per la massima parte provengono dal deperimento della nevroglia neoformata, e possono aver luogo oltre che nelle regioni anteriori dei cordoni posteriori, anche nelle corna anteriori, nei cordoni laterali, e persino in qualche punto del midollo allungato.

L'Autore in base ai suoi reperti, non può naturalmente accettare la ipotesi del Langhans che vorrebbe spiegare molti casi di formazione di lacune nel midollo spinale con una pressione considerevolmente aumentata dentro alla fossetta cerebellare. Egli è più favorevole all'ipotesi del Leyden che ammette in ogni caso di siringomielia l'influenza di anomalie di sviluppo del canale centrale; ma l'Autore nega la si possa invocare in ogni caso, e specialmente lo nega per le lacune che si formano nelle corna posteriori, o nei cordoni laterali, ovvero nelle corna anteriori del midollo allungato. Vi sono poi molti casi di questo genere ai quali, secondo l'Autore, s'attaglia benissimo la teoria abbracciata dal Westphal e dal Simon, che fa dipendere le lacune dal deperimento e dal rammollimento della nevroglia neoformata.

Dott. Lebedeff. — **Ueber die Entstehung der Anencephalie und Spina bifida bei Vögeln und Menschen.** (*Intorno al modo di formarsi dell' anencefalia e della spina bifida negli uccelli e nell'uomo*). In: *Virchow's Archiv*, Vol. 86, pag. 263.

Le conclusioni di questo lavoro che per la sua indole speciale si sottrae a un fedele riassunto, sono le seguenti: 1.° L' anencefalia si sviluppa in base ad alterazioni della lamina midollare negli stadj più giovani della vita embrionale. 2.° Queste alterazioni hanno, luogo o men-

tre esiste ancora un solco dorsale, ovvero 3.° in un periodo più avanzato quando il canale midollare s' è già chiuso. 4.° Le alterazioni consistono, nel 1.° caso, nella completa formazione del solco e nel conseguente arresto della formazione del canale midollare; nel 2.° caso, nell' appiattimento sagittale del canale midollare e nella consecutiva lesione della sua parete posteriore. 5.° Avvenute queste modifiche non cessa lo sviluppo della lamina midollare; al contrario essa a mano a mano aumenta e dà origine ad un certo numero di pieghe che penetrano nel mesoderma, ed ivi si isolano assumendo la forma di cavità, e di canali chiusi e irregolari. 6.° Col comparire delle acque fetali, una gran porzione della denudata lamina midollare va distrutta in guisa che il sottostante mesoderma si pone in immediato contatto colle acque. Più tardi, com'è noto, questa parte di mesoderma dà origine alle membrane cerebrali le quali racchiudono quelle masse cistiche midollari che furono descritte da quasi tutti i teratologi nei neonati anencefali. È opinione dell'Autore che l'origine di queste masse risieda negli otricoli isolati della lamina midollare già descritti. 7.° L' emicrania è nell'anencefalia un fenomeno consecutivo dovuto allo stato d' apertura del canale midollare; con altre parole: se agli anencefali manca la volta craniale ossea, ciò avviene perchè in essi non si sviluppa mai la volta craniale membranosa che deve precedere l' ossea. 8.° La causa prima delle descritte alterazioni della lamina midollare e del canale midollare è d'indole puramente meccanica, e consiste nelle forti curvature dell'embrione, che accompagnano queste anomalie e che nel maggior numero dei casi sono dimostrabili. 9.° Il deficiente sviluppo dell' amnios non esercita, contrariamente all'idea di Panum e di Dareste, un immediato influsso sulla produzione dell'anencefalia.

Prof. Roth. — **Ueber Missbildungen im Bereich des Ductus omphalo-mesentericus.** (*Intorno alle mostruosità nel dominio del dotto onfalo-mesenterico*). In: *Virchow's Archiv.* Vol. 86, pag. 371.

L'Autore dopo aver descritto il modo di formarsi e di scomparire del dotto onfalo-mesenterico e tributato a Meckel le lodi dovute per aver giustamente interpretato il diverticolo dell' ileo e la più rara fistola entero-ombellicale quali residui patologici del dotto onfalomesenterico, stabilisce con precisione che cosa si debba intendere sotto il nome di enterocistomi e in quanti modi essi possano presentarsi. Egli poscia si fa a descrivere due casi di enterocistoma. Nel primo il tumore avea proceduto dal diverticolo dell' ileo e comunicava coll' intestino; aveavi pure gangrena iniziale e peritonite in causa della torsione del peduncolo. Nel secondo caso si trattava di un enterocistoma isolato che avea avuto origine da un diverticolo intramesenteriale dell'ileo; inoltre aveanvi altri enterocistomi della cavità addominale e della toracica.

L'Autore riferisce poscia intorno ad una forma speciale di diverticolo

aperto che diferiva dalle solite forme, perchè si presentava sotto l'aspetto d'un tumore ombellicale cilindrico avente forma di proboscide, e perchè esso mediante un canale piuttosto largo, comunicava coll'intestino. Egli crede debba questa varietà di diverticolo contraddistinguersi col nome di *diverticolo prominente*, e cita il caso di Marshall e quello di Hickmann, che quantunque imperfettamente descritti, appartengono pur essi alla stessa categoria.

Dott. BRANDT. — **Ein Fall von angebornem Defect der Extremitäten.** (*Un caso di mancanza congenita delle estremità*). In: *Virchow's Archiv*, Vol. 87, pag. 195.

I genitori erano sani e forti, la gravidanza fu buona, il parto felice e poco laborioso. Il bambino pesava 2750 grammi, il funicolo e la placenta apparivano normali, le scapole e il bacino bene sviluppati. In luogo del braccio destro eravi un moncherino lungo 7 centim. che a sua volta era fornito di una specie d'esostosi lunga 5 centim. e grossa 4 millim. Le estremità inferiori erano surrogate da due mammelloni mobilissimi, ai quali s'attaccavàno i muscoli del bacino. Il bambino morì dopo 10 giorni d'inanizione, essendosi costantemente rifiutato di prender cibo. La sezione cadaverica non venne concessa.

Dott. BINSWANGER. — **Ueber eine Missbildung des Gehirns.** (*Intorno ad una deformità del cervello*). In: *Virchow's Archiv*, Vol. 87, pag. 427.

L'indole eminentemente descrittiva del lavoro si oppone ad un resoconto fedele del medesimo, e ne rende quindi necessaria la completa lettura. Qui è giuocoforza limitarsi ad accennare che le anomalie erano di due sorta; vale a dire mancanza assoluta di alcune parti, e notevolissime irregolarità nella disposizione dei solchi e delle circonvoluzioni; che desse si osservavano in ambodue gli emisferi, preponderando però nel destro; che nell'uno e nell'altro emisfero mancavano precisamente quelle porzioni, alle quali le nuove ricerche fisiologiche e anatomo-patologiche attribuirono somma importanza nella genesi delle funzioni del cervello, e specialmente della zona motrice dello stesso. I sintomi presentati durante la vita, corrispondevano pienamente alle lesioni anatomiche. L'Autore è d'avviso che il suo caso debba collocarsi fra quelli cui l'Heschl diede il nome di porencefalia. L'esame istiologico del tessuto nervoso che confinava colle parti mancanti, vi rivelò parecchi indubbj caratteri del tessuto cicatriceo; questo reperto permise all'Autore di conchiudere che la lesione cerebrale non era dovuta a mancanza di matrice, o a disordini nutritizi all'epoca dello sviluppo fetale, ma bensì a processi patologici svoltisi dopo che il cervello avea quasi raggiunto il suo completo sviluppo.

Nell'ultima parte della Memoria l'Autore rileva l'importanza antro-

pologica delle nuove circonvoluzioni e dei nuovi solchi che necessariamente si formarono, in causa della mancanza di regioni normali del cervello.

Dott. Luxardo. — **Di una impertante anomalia uro-genitale.** (*Giornale internazionale delle scienze mediche.* Anno IV, Fasc. 5-6, pag. 449).

L'Autore descrive accuratamente il caso d'un giovanotto robusto il quale all'apice del glande in luogo di una sola apertura ne presentava tre, disposte l'una sopra l'altra. L'apertura inferiore metteva in un canale lungo circa 17 centim. e largo tanto da permettere l'introduzione della siringa N. 11 Charrière; da essa sgorgava l'orina e quindi si deve considerare quale rappresentante dell'uretra.

Il meato superiore permetteva la facile introduzione della candeletta N. 7 Charrière, misurava 13-14 centim. e da esso esciva il seme nell'atto dell'ejaculazione. Il foro intermedio era esilissimo e perciò non venne esplorato.

Tutti gli esperimenti praticati dall'Autore per dimostrare la comunicazione fra il canale inferiore e il superiore, caso mai fosse esistita, riescirono negativi. Gli fu pure negato di provare coll'esperimento una qualsiasi comunicazione fra il condotto inferiore ed il medio; però egli è inclinato a ritenerla probabile, e perchè all'atto del mingere colavano pure dalla media apertura delle goccie d'urina, e perchè, essendo l'individuo afflitto da gonorrea specifica, i prodotti purulenti di questa apparivano nell'uno e nell'altro canale; l'Autore non sa spiegare l'immunità del canale superiore. Finalmente vengono riferiti gli unici due casi conosciuti di simile anomalia; quello del Vesalio e quello del Cruveilhier.

Non mi sembra meritato il rimprovero fatto al Birch-Hirschfeld di non aver voluto ammettere nessun caso di reale raddoppiamento dell'uretra maschile; poichè nei casi accennati, come in quello del Luxardo non si può chiamar vera uretra un canale dal quale non sorte orina e che non ha la sua origine nella vescica.

Prof. Arnold. — **Ueber Tuberculose der Lymphdrüsen und der Milz.** (*Della tubercolosi delle ghiandole linfatiche e della milza*). In: *Virchow's Archiv*, Vol. 87, pag. 114.

I lavori del chiaro Autore sulla tubercolosi sono noti. In essi egli intese dimostrare che nella tubercolosi del fegato, dei reni e dei testicoli ha luogo una neoformazione infiammatoria di tessuto di granulazione che si presenta sotto la forma di focolai grandi e piccoli. Oltre a ciò egli notò nel fegato proliferazione e desquammazione degli epiteli dei grossi dotti biliferi, e neoformazione dei dotti più piccoli, talvolta sotto forma di noduli costituiti dai canalicoli neoformati. — Alterazioni simili trovò nei canalicoli renali e in quelli dei testi-

coli. Uguali ricerche istituì sulle ghiandole linfatiche, giovandosi del materiale offertogli da non meno di 90 casi di affezioni scrofolose e tubercolari delle medesime. Anche in questi organi l'Autore osservò accanto a veri tubercoli migliari dei piccoli focolai che si distinguevano dal tessuto linfatico per essere le cellule più fitte, e pel colorito più cupo che assumevano. I focolai aveano sede nei follicoli, nei canalicoli linfatici della sostanza midollare, nella capsula e nei setti. Le cellule sono identiche alle cellule di granulazione. I focolaj possono confluire insieme, e allora il processo assume caratteri d'omogeneità e di diffusione che prima non aveva. L'Autore è d'avviso che i focolaj più sopra descritti, rappresentino il principio dello sviluppo dei tubercoli sia per la loro forma circoscritta, sia pei fenomeni che in essi hanno luogo. Uno dei più interessanti è il trasformarsi delle cellule di granulazione in cellule epitelioidi, che l'Autore ritiene siano foriere di fenomeni degenerativi, e forse la prima fase della degenerazione caseosa, insieme alle cellule giganti le quali nascono dalla confluenza delle cellule epitelioidi, e soggiacciono in seguito alla degenerazione caseosa, ovvero alla jalina, o alla fibrosa. A questo modo l' Autore nega quella forma speciale di tubercolo costituita da cellule epitelioidi, da cellule giganti e da reticolo; e nemmeno ammette che il tubercolo abbia principio colla formazione di una cellula gigante.

Nella scrofolosi delle ghiandole l'Autore dopo aver diligentemente descritto le varie forme istiologiche che possono presentarsi, le subordina tutte l'una all'altra, ammettendo che al principio del processo abbia luogo una iperplasia diffusa di tutta la ghiandola, e che solo più tardi possano comparire dei focolaj caseosi costituiti da cellule epitelioidi e da cellule giganti. Di conseguenza fra il processo tubercolare e lo scrofoloso esistono simiglianze e dissomiglianze. La tubercolosi incomincia con una neoformazione nodulare di cellule rotonde, e solo più tardi la lesione può rendersi diffusa; la scrofolosi invece incomincia colla diffusa iperplasia; in secondo luogo i processi catarrali delle vie linfatiche sono frequenti nella tubercolosi delle ghiandole, e sono invece rari nella scrofolosi. È uguale nei due processi il comparire sotto forma di focolaj la formazione delle cellule giganti e delle epitelioidi; ma nella tubercolosi questi fenomeni hanno luogo, se non esclusivamente, almeno preponderantemente nei noduli di cellule rotonde, mentre nei processi scrofolosi si svolgono di preferenza nel tessuto colpito da iperplasia diffusa. — Anche la caseificazione incomincia in ambi i casi nel centro dei focolaj; ma nella scrofolosi si estende di più, ed inoltre può anche aver luogo nel tessuto semplicemente iperplastico.

Nella milza i processi tubercolari si compiono in guisa a un dipresso analoga. I tubercoli migliari risiedono primieramente nei corpi Malpighiani, quindi nelle guaine linfoidi delle arterie e finalmente nella polpa istessa della milza. I tubercoli conglomerati, o sono costituiti da un gran numero di noduli più piccoli, ovvero rappresentano una sola massa omo-

genea. Nell'intima delle arterie più grosse l'Autore notò la presenza di noduli contenenti cellule epitelioidi e cellule giganti.

*N. B.* Il referente giunse alle stesse conclusioni intorno alle differenze anatomiche fra la linfadenite caseosa e la tubercolare, e intorno alla genesi delle cellule giganti, in un lavoro pubblicato fino dal 1876 sull'*Archiv di Virchow* « Ueber die Bildung und die Bedeutung der Riesenzellen », e che l'Arnold trovò opportuno di nemmeno citare.

Prof. BAUMGARTEN. — **Ueber gummöse Syphilis des Gehirns und Rückenmarks namentlich der Gehirngefässe und über das Verhältniss dieser Erkrankungen zu den entsprechenden tuberculosen Affectionen.** (*Della sifilide gommosa del cervello e e del midollo spinale, specialmente dei vasi cerebrali e del rapporto di questi morbi colle corrispondenti affezioni tubercolari*). In: *Virchow's Archiv*, Vol. 86, pag 179.

L'Huber aveva asserito che un' endo-arterite e un' endoflebite deformante cronica comune, note sotto il nome di sclerosi vascolare, potessero esser l'espressione della sifilide. L'Autore dopo aver addotto copia d'argomenti per combattere quest'opinione contraria ad ogni sua idea, riferisce distesamente un caso di sifilide cerebrale mortale, nel quale l'autopsia dimostrò la presenza di nodosità gommose nella dura madre e sue dipendenze, nell' aracnoide e, fatto più importante, lungo il decorso di moltissime arterie, avendo sede gran parte di esse nelle pareti medesime dei vasi.

Noduli identici si notavano inoltre lungo il decorso di parecchi nervi cerebrali, specie del 1.° e del 2.° pajo. Le piccole e le grandi arterie offrivano oltre alle accennate nodosità, degli ingrossamenti diffusi ed uniformi, ora mutan tisi lentamente nelle tumefazioni nodulari, ora invece del tutto indipendenti da queste; talora si trovarono qua e là in più luoghi sulle pareti arteriose, del rimanente intatte, come delle chiazze o placche circoscritte e delle forme intermedie fra queste e i veri tumoretti noduliformi. Nel cervello si ebbe solo a notare un rammollimento giallo della lamina perforata anteriore e posteriore, corrispondente alla sede e alla estensione del conglomerato di noduli esistente intorno ai rami cerebrali della carotide. Anche le meningi spinali offrivano qua e là delle masse nodulari simili a quelle descritte.

L'esame degli altri organi mise in chiaro l'assoluta integrità del cuore, dell'aorta e dei suoi rami, della milza, dei reni, dello stomaco e delle intestina, mentre nel parenchima polmonare esistevano molti noduli migliari, e dei focolaj circoscritti di sclerosi; si potè inoltre osservare una cicatrice sulla tonsilla destra e sull'arco palatino.

All'indagine microscopica i tumori della dura madre cerebrale, della dura spinale e delle meningi interne offrono a un dipresso struttura identica; i nodi sono l'effetto della fusione dei noduli, dei quali ognuno

presenta una zona esterna costituita da tessuto di granulazione, una zona media rappresentata da uno strato fibroso povero di cellule rotonde, ed una interna, la più estesa, formata da molte cellule fusiformi disposte a fasci come nel sarcoma fascicolato, e da poche cellule giganti di Langhans; questa zona interna si distingue poi dalle altre perchè cade costantemente in preda alla regressione caseosa; in nessun luogo fu dato all'Autore di scoprire noduli colla struttura del tubercolo migliare.

La struttura dei noduli provenienti dalle pareti delle piccole arterie era tale, che il lume delle arterie si mostrava chiuso da un tessuto fibroso privo di vasi, simile in tutto al prodotto della endoarterite cronica obliterante, salva la presenza delle cellule giganti che quivi esistevano, mentre mancano nell'endoarterite; nella media e nell'avventizia invece, il tessuto neoformato era di granulazione e presentava visibili traccie della regressione caseosa; s'identificava quindi a quello che costituiva le nodosità della dura madre.

Nelle grandi arterie il reperto è il medesimo, colla sola differenza che gli strati periferici della neoplasia dell'intima offrono essi pure i caratteri del tessuto di granulazione, e si mostrano colpiti dalla necrosi caseosa. Gl' ingrossamenti diffusi delle arterie si mostrarono costituiti da prodotti infiammatorj delle tre tonache.

Le chiazze circoscritte poi, rappresentano le prime fasi del processo, e permettono di notare che a quello stadio le lesioni delle tonache esterne sono più avanzate di quelle dell'intima, la quale talvolta si presenta intatta.

Le masse nodulari notate nel dominio dei nervi, apparvero identiche a quelle delle meningi, e provenivano da una proliferazione levicellulare del nevrilemma e delle sue diramazioni, nonchè del perinervio. I noduli migliari del polmone erano veri tubercoli.

Questi sono i fatti; l'epicrisi dell'Autore tende quasi esclusivamente a dimostrare la natura sifilitica dei prodotti patologici descritti; egli trae i suoi argomenti dai caratteri macroscopici e microscopici, come pure dai dati clinici.

Dott. GRAWITZ. — **Ueber Krebsmetastasen im Magen.** (*Delle metastasi cancerose nello stomaco*). In: *Virchow's Archiv.* Vol. 86 pag. 159.

Se lo stomaco è la sede preferita del carcinoma primitivo, come dimostrano le statistiche di Marc d'Espine e di Lange, rarissime all'opposto si presentano in esso le eruzioni secondarie metastatiche. Ed invero quattro soli sono i casi registrati nella storia dell'anatomia patologica; uno di Cohnheim, due di Petri ed uno di Weigert. Gli è perciò che l'Autore credette opportuno di riferirne altri 4 nuovi, dando di ognuno il reperto cadaverico esatto e per esteso, e le risultanze dell'esame microscopico. I due primi casi erano subordinati a cancro pri-

mitivo dell'esofago; in ambedue, tanto il tumore primitivo, come le metastasi erano costituiti da grandi cellule epiteliari appiattite, di frequente insieme confuse in modo, da costituire copia notevole dei cosidetti noduli perlacei; la propagazione allo stomaco era avvenuta per la via dei linfatici. Il terzo caso era rappresentato da un carcinoma midollare primitivo d'un testicolo, propagatosi per metastasi al ventricolo, ai polmoni, alle pleure, al fegato, ai reni, agli epireni, alle intestina, alla ghiandola tiroide e all'altro testicolo. Il quarto era un caso raro di carcinoma alla mammella, recidivo, che avea dato origine ad una infinità di metastasi; le cellule contenute nei delicati alveoli erano copiose, cubiche, e non superavano di molto il volume dell'epitelio mammario. L'Autore unisce i suoi 4 casi agli altri quattro già conosciuti, e considerandoli nel loro complesso, ne deduce che il cancro primitivo ebbe sede 4 volte nell'esofago, 2 nella mammella, 1 nel testicolo ed 1 nella gamba; che in due casi il ventricolo ospitava un solo tumore, negli altri 6 casi ne offriva parecchi; che solo in due casi i noduli metastatici invadevano tutti gli strati delle pareti gastriche, negli altri sei, la sola mucosa e la sottomucosa; che i noduli metastatici del ventricolo, contrariamente all'asserto di Foerster, ulcerarono come i primitivi; che in tutti gli otto casi la neoformazione metastatica del ventricolo si presentava circoscritta. A questo carattere l'Autore attribuisce una certa quale importanza diagnostica, nei casi in cui possa sorgere il dubbio intorno all'indole primitiva o metastatica della neoformazione.

Dott. Israel. — **Ein fungöses Carcinom der Niere.** (*Un carcinoma fungoso del rene*). In: *Virchow's Archiv*, Vol. 86, pag. 359.

L'Autore si decise a pubblicare questo caso, non solamente per la rarità dei veri carcinomi primitivi del rene ma anche per le circostanze speciali occorse. E valga il vero; il carcinoma fungoso s'era sviluppato in un rene colpito da squisita idronefrosi che alla sua volta era stata prodotta da un grosso calcolo della pelvi renale, il quale avea chiuso l'uretere e in unione a un altro calcolo situato in un calice renale avea provocato dei processi ulcerosi nella mucosa. Il tumore era molle, simile a tessuto di granulazione, rossiccio; la sua superficie si approssimava alla forma condilomatosa per la presenza di numerose prominenze sopra le quali ne esistono altre più piccole. La struttura era perfettamente alveolare; gli alveoli ripieni di cellule epiteliari polimorfe.

Dei noduli carcinomatosi metastatici s'erano stabiliti nella ghiandole linfatiche attorno all'ilo renale e in una ghiandola in prossimità dell'aorta addominale. Esistevano inoltre i segni d'una peritonite fibrinoso-purulenta, d'una pleurite recente e d'una cistite, oltre a parecchie altre lesioni che per brevità si ommettono. Il cuore dovea certamente essere stato ipertrofico, essendo all'atto della sezione di volume normale, quantunque in preda a progredita atrofia bruna.

L'Autore crede di poter ammettere che il calcolo renale abbia colla sua irritante presenza, provocato lo sviluppo del cancro.

Prof. MARCHIAFAVA. — **Sopra un caso di sarcoma del cervello con diffusione nei nervi cerebrali e spinali.** ( *Giornale internazionale delle Scienze mediche*, Anno IV, pag. 455).

Ai casi descritti dal Colomiatti e da altri parecchi, l'Autore ne aggiunge uno nuovo. Si trattava d'un voluminoso sarcoma a cellule fusiformi che s'era sviluppato nel lobo occipitale sinistro, e di là s'era propagato per le vie linfatiche ai nervi cerebrali e spinali, infiltrando prima gli spazii linfatici dell'epinevrio quindi invadendo il perinevrio, poscia gl'interstizi delle fibrille nervose che ne rimanevano gradatamente compresse e atrofizzate; finalmente la copia degli elementi neoformati diveniva tale da costituire lungo il decorso dei nervi dei veri piccoli tumori rotondeggianti.

In continuazione col tumore occipitale prima accennato esisteva pure una massa sarcomatosa, molle tanto da poter a primo aspetto essere confusa colla sostanza bianca cerebrale, e nella quale erano avvenute parecchie e considerevoli emorragie.

Dott. POSADSKY. — **Fibroma molluscum multiplex congenitum.** (*Fibroma mollusco multiplo congenito*). In: *Virchow's Archiv*. Vol. 87, pag. 380.

I tumori sommavano a più di 330, erano sparsi su quasi tutta la superficie del corpo, il maggior numero erano piccoli, pochi aveano il volume d'una noce o d'un uovo di gallina, uno solo lo superava. Tutti erano molli e mobili, congeniti, e crebbero col crescere dell' individuo i di cui prossimi ascendenti e discendenti non offersero traccia alcuna di neoformazioni consimili.

L'esame microscopico rivelò la natura connettiva dei tumori; in mezzo alle fibre ed ai fasci di connettivo l'Autore osservò pure dei vasi obliterati.

---

# RIVISTA DI MEDICINA LEGALE

del Dott. ARRIGO TAMASSIA

Professore di Medicina legale nella R. Università di Pavia

---

## I. — Traumi.

Giovanardi — *Fratture del cranio.*
Schvarz — *Fratture del cranio.*
Winiwarter — *Notevole lesione cranica.*
Westphal — *Psicosi riflessa traumatica.*
Falk — *Spandimenti sanguigni intracranici.*
Scholz — *Due giudizj su lesioni traumatiche.*
Pellereau — *Rottura della milza.*
Laroche — *Le impronte in medicina legale.*

## II. — Tanatologia.

Lesser — *Lesioni al collo negli appiccati.*
Hofmann — *Distinzione delle lesioni al collo.*
Hofmann — *Otorragia nell'appiccamento.*
Tamassia — *Irrigazione nel fondo dell'occhio e dell'orecchio nell' appiccamento.*
Geschwiad — *Morte per penetrazione di cibi nella trachea.*
Ogston — *Segni della morte per annegamento.*
Macdonald — *L'acqua nello stomaco nell'annegamento.*
Falk — *Gravi lesioni interne con tegumenti esterni integri.*
Brouardel — *Morte durante una colica epatica.*
Tamassia — *Influenza del sistema nervoso sull' irrigidimento cadaverico.*
Tamassia — *La putrefazione dell'utero.*

## III. — Aborto e infanticidio.

Olivier — *Aborto a tre mesi.*
Moore e Maison — *Vitalità precoce d'un bambino.*
Billaudeau — *Caso d'infanticidio.*

## IV. — Tossicologia (forense).

Lacassagne e Chapuis — *Norme pei periti negli avvelenamenti.*
Zillner — *Persistenza nel cadavere dell'acido cianidrico dopo quattro mesi.*
Kratter — *Eliminazione della stricnina attraverso i reni.*
*Avvelenamento per gaz illuminante.*

Högyes — *La temperatura in alcuni avvelenamenti.*
Fubini e Bono — *Intossicazione acutissima dell'oppio.*
Tamassia — *Intossicazione acutissima per solfuro di carbonio.*
Manouvriez — *Avvelenamento per creosoto.*
Friedberg — *Morte in conseguenza di avvelenamento acuto per fosforo.*

## V. — Psicopatologia.

Bordier — *Studio antropologico su una serie di cranj d'assassini.*
Ten Kate e Pawlosky — *Su alcuni cranj di criminali e di suicidj.*
Heger e Dallemagne — *Cranj di assassini.*
Flex — *I cervelli dei delinquenti belgi.*
Manouvriez — *Omicidio durante il delirio di persecuzione.*
Légrand Du Saulle — *Dipsomania per etere.*
Ladame — *La nevrosi ipnotica.*

## I. — Traumi.

**Sulle fratture del cranio**; del prof. E. Giovanardi. (*Rivista Sperimentale di Fren. e Medicina legale*, 1881, Fasc. III).

L'Autore fa osservare come le fratture del cranio per contraccolpo sieno rarissime. Nei 38 casi da lui osservati sempre la frattura proveniva *direttamente*, ossia da una percossa inferta sulla testa o per caduta od urto del cranio contro un corpo duro. Esaminando quei casi, nei quali la frattura della volta cranica si irradiava alla base, ha potuto notare: 1.° che le suture non oppongono verun ostacolo alla diffusione di una frattura dalla volta alla base; 2.° che una frattura avente il suo punto di partenza nelle ossa parietali si propaga quasi sempre alla base, passando per la fossa temporale e termina sul corpo dello sfenoide, che spesso viene diviso in due; la medesima direzione segue una frattura che abbia il suo punto di partenza nella fossa temporale; 3.° che una frattura sulla regione frontale si diffonde alla base, passando per le arcate sopraorbitarie e per la porzione orbitaria dell'osso frontale, traversando la lamina cribrosa dell'etmoide. Quando l'urto è molto violento, si propaga anche alla faccia, passando per la grande ala dello sfenoide, per la fossa zigomatica e per l'osso mascellare superiore, potendo ancora traversare l'osso zigomatico in quella parte che concorre a formare il contorno della base dell'orbita; 4.° che una frattura, la quale abbia il suo punto di partenza nell'osso occipitale, ordinariamente si propaga in basso ed all'esterno; passa per la fossa cerebrale corrispondente, attraversa la rocca petrosa presso a poco all'unione del suo terzo esterno col terzo medio e finisce nella fossa cranica media, ed anche all'anteriore; in quest'ultimo caso viene lacerata anche la membrana del timpano. A questo proposito l'Autore

soggiunge d'aver osservato in qualche caso la lacerazione della membrana del timpano, senza che fosse avvenuta la frattura del cranio; come pure ammette che si abbia la lacerazione della rocca petrosa, senza lacerazione della membrana del timpano; e ciò si verifica, quando avviene la frattura nella linea d'unione della base della rocca colla scaglia dell'osso temporale. In entrambi i casi si ha stillicidio di sangue.

**Untersuchungen über das Entstehen von Schädelbrüchen.** (*Ricerche sul modo di prodursi delle fratture craniche*); del dottore Schranz. In: *Wien. med. Jahrbücher* 1881, N. 3, 4 e *Rivista Sper. di Fren. e medicina legale*. Fasc. I. II, Anno 1882.

L'Autore non seguì in queste sue ricerche il metodo di Bruns e di Baum di misurare, cioè, il grado della resistenza delle ossa craniche mediante una compressione sempre crescente prodotta da una morsa a vite. Così, egli obietta, non si tien conto della velocità terminale, che a quella originaria del peso si aggiunge nei casi di percosse, di cadute, di pietre, di sasso sul capo. Egli invece fece costruire un apparecchio, nel quale l'effetto meccanico era misurato dalla distanza percorsa da un masso di ghisa di cui era noto il peso. Le esperienze si divisero in quattro gruppi; cioè: 1.° caduta del masso sulla base cranica privata dalla vôlta; 2.° caduta del cranio da una determinata altezza con l'aggiunta d'un peso in corrispondenza delle vertebre cervicali lasciate ancora in posto; e ciò allo scopo di riprodurre sperimentalmente quelle fratture che si producono, cadendo dall'alto sul capo; 4.° caduta del cranio da una determinata altezza, ed in tal guisa che al di sotto di parte della colonna cervicale ancora persistente rimanesse inzeccato un peso sul quale doveva prodursi l'urto della caduta; e ciò per provocare sperimentalmente condizioni congeneri a quelle, che si hanno quando l'individuo, cadendo in piedi, trasmette l'urto alla colonna vertebrale e da questa alla base cranica, con possibilità di fratture del cranio. Emersero in queste ricerche i fatti seguenti:

1.° In cranj segati e privi di cervello basta una forza relativamente assai piccola a produrre una frattura, ad esempio, la caduta da 1-2 metri d'un cilindro di ghisa del peso di chilogr. 3,8 e del diametro di 8 centim. Anche nei cranj in cui questa forza non produsse lesione, la caduta d'un cilindro del peso di chilogr. 22 da quell'altezza non rimase senza effetto.

2.° Nella gran maggioranza, le lesioni craniche si riducono a fratture lineari, non escludendosi che (nei casi specialmente di forti urti) possano prodursi delle frammentazioni e delle segmentazioni assai minute, isolate o combinate con fratture lineari.

3.° In moltissimi casi le fratture comprendevano tanto la lamina ossea, quanto la vitrea: mai si vide una frattura della lamina esterna senza corrispondente frattura alla vitrea: invece, mentre la vitrea era lesa, nel punto corrispondente l'ossea era rimasta intatta.

Högyes — *La temperatura in alcuni avvelenamenti.*
Fubini e Bono — *Intossicazione acutissima dell'oppio.*
Tamassia — *Intossicazione acutissima per solfuro di carbonio.*
Manouvriez — *Avvelenamento per creosoto.*
Friedberg — *Morte in conseguenza di avvelenamento acuto per fosforo.*

## V. — Psicopatologia.

Bordier — *Studio antropologico su una serie di cranj d'assassini.*
Ten Kate e Pawlosky — *Su alcuni cranj di criminali e di suicidj.*
Heger e Dallemagne — *Cranj di assassini.*
Flex — *I cervelli dei delinquenti belgi.*
Manouvriez — *Omicidio durante il delirio di persecuzione.*
Légrand Du Saulle — *Dipsomania per etere.*
Ladame — *La nevrosi ipnotica.*

## I. — Traumi.

**Sulle fratture del cranio**; del prof. E. Giovanardi. (*Rivista Sperimentale di Fren. e Medicina legale*, 1881, Fasc. III).

L'Autore fa osservare come le fratture del cranio per contraccolpo sieno rarissime. Nei 38 casi da lui osservati sempre la frattura proveniva *direttamente*, ossia da una percossa inferta sulla testa o per caduta od urto del cranio contro un corpo duro. Esaminando quei casi, nei quali la frattura della volta cranica si irradiava alla base, ha potuto notare: 1.° che le suture non oppongono verun ostacolo alla diffusione di una frattura dalla volta alla base; 2.° che una frattura avente il suo punto di partenza nelle ossa parietali si propaga quasi sempre alla base, passando per la fossa temporale e termina sul corpo dello sfenoide, che spesso viene diviso in due; la medesima direzione segue una frattura che abbia il suo punto di partenza nella fossa temporale; 3.° che una frattura sulla regione frontale si diffonde alla base, passando per le arcate sopraorbitarie e per la porzione orbitaria dell'osso frontale, traversando la lamina cribrosa dell'etmoide. Quando l'urto è molto violento, si propaga anche alla faccia, passando per la grande ala dello sfenoide, per la fossa zigomatica e per l'osso mascellare superiore, potendo ancora traversare l'osso zigomatico in quella parte che concorre a formare il contorno della base dell'orbita; 4.° che una frattura, la quale abbia il suo punto di partenza nell'osso occipitale, ordinariamente si propaga in basso ed all'esterno; passa per la fossa cerebrale corrispondente, attraversa la rocca petrosa presso a poco all'unione del suo terzo esterno col terzo medio e finisce nella fossa cranica media, ed anche all'anteriore; in quest'ultimo caso viene lacerata anche la membrana del timpano. A questo proposito l'Autore

ed il cervello non offrivano alcun segno di alterazione. I polmoni erano un po' enfisematosi, ricchi di sangue con ispessimenti isolati e focolaj marciosi.

I periti ammisero che la morte per catarro bronchiale si dovesse alla lesione cerebrale descritta, facendo avvertire con quanta frequenza si sviluppino, durante le malattie cerebrali, ipostasi polmonali. La malattia dei polmoni divenne mortale, in quanto l'organismo era già malato. Qui è degno di nota il decorso latente della malattia nelle prime settimane, la mancanza di emorragie e di infiammazione, la ricca produzione di osteofiti, rara nel cranio.

L'accusato ritenuto autore dell'omicidio fu condannato a morte.

**Fall scheinbaren Reflexpsychose.** (*Caso di probabile psicosi reflessa*); del prof. C. Westphal. In: *Arch. für Psych.* 1881, Vol. XII, pag. 525.

Il prof. Westphal comunicò alla Società psichiatrica di Berlino il caso di psicosi reflessa, che noi riassumiamo, e che crediamo abbia non piccola importanza forense. Un uomo di 34 anni fu accolto nel maggio 1880 alla *Charité* dopo un tentativo di suicidio. Era sempre stato sano; solo verso il 1868 fu colpito da una pietra al sopracciglio sinistro; per questa lesione stette tre settimane all'ospedale. Da questo tempo la compressione della parte stata malata gli provocava dolori irradiantisi al capo; ed egli diveniva sempre più irritabile. Quindici giorni prima di esser accolto in Manicomio gridava che voleva gettarsi dalla finestra; erasi fatto più inquieto ed aveva tentato di appiccarsi. Nei momenti tranquilli accusa sempre bruciore e battito al capo; sente voci, manca di memoria, parla lungo la via senza saper ciò che si dica, balbetta ed inciampa colla lingua, ed ha vertigini. Sa d'aver tentato di suicidarsi, e riconosce di non averne avuto motivo sufficiente. Nella clinica del prof. Westphal si mostra in preda a molta eccitazione, interrotta però da qualche remissione, in cui distingue sufficientemente quanto lo circonda e la propria posizione; ma questi momenti di calma divennero sempre più brevi. L'aspetto si turbò; le mani ora graffiavano le ginocchia ora il petto, oppure si abbassavano per raccogliere alcun che dalla terra per versarlo nella testa. Talune volte passeggiava per lunghe ore, senza interrompere queste sue corse neppure colle preghiere, e fermato dava in smanie furiose ed in grida d'angoscia. Parlava sconnessamente accennando vagamente a voci che gli arrivavano all'orecchio; talune volte però rispondeva esattamente alle domande. Volle ostinatamente grattarsi una piccola ferita che aveva sul capo; da ciò venne una lesione più grave, suppurazione abbondante, distacco del cuojo capelluto, del periostio, morte improvvisa. L'autopsia dimostrò integrità del nervo frontale sinistro; il nervo sopraorbitale sinistro è inzeccato fra un tessuto cicatriziale indurito; il tronco principale mostra un rigonfiamento fusiforme della grossezza d'un pisello; le piccole diramazioni non si

possono riconoscere, perchè confuse nel tessuto cicatriale; il nervo sopratrocleare è intatto. Il cervello è molle; la pia in corrispondenza dei lobi frontali è lattescente ed in molti punti aderisce intimamente al cervello, specialmente ai lobi frontali. Nessun focolajo. Il midollo spinale, che macroscopicamente appariva intatto, al microscopio lasciò scorgere una mielite cronica nei tratti piramidali (degenerazione grassa). Il reperto del cervello e del midollo spinale congiunto ad altri sintomi (disordini nella parola) depone per una paralisi. Non è ammissibile però che il nevroma manifestatosi nel nervo sopraorbitale abbia prodotto in via riflessa un' irritazione e quindi l' infiammazione nel midollo. Può darsi invece che la scossa cui fu sottoposto il cervello sia stato il primo punto di partenza di questo processo infiammatorio. Il caso quindi insegna ad esser molto cauti nel pronunziare un giudizio sopra le conseguenze dei traumi al capo, ed a ricordare bene i sintomi anamnestici del paziente, per poterli rannodare o no ad una data causa traumatica.

**Intracranieller Bluterguss in Folge einer Ohrfeige.** (*Spandimento sanguigno intracranico in seguito ad una ceffata*); del professore Falk. In: *Viert. für gerichtl. med.* Juli 1881·

Già Roth, Schneider, Langerdrof e Schwarz riferirono dei casi nei quali in seguito ad un ceffone sul capo, avente le ossa estremamente sottili, s' ebbe per esito la morte. Il caso dell' Autore è importante, perchè la morte fu prodotta senza questo accidente ed in un adulto.

Trattasi di un uomo di 48 anni stato sempre sano, che ricevette una ceffata, secondo lui, dal pugno serrato della mano destra del suo offensore, secondo questi invece dal solo palmo della sinistra. Subito dopo il colpo, avvertì una forte scossa interna; traballò, quindi cadde, rimanendo alcune ore come stordito. Si potè riavere e percorrere a piedi circa 300 passi per farsi accogliere in un uffizio di polizia. Non aveva fatto però 400 passi, che cadde stupidito (circa dodici ore dalla lesione) e circa dopo altre dodici ore morì senza riavere la coscienza. L' autopsia trovò il muscolo temporale di destra imbevuto di sangue; assai sottili, ma intatte le tavole dei temperali, tra la squama temporale destra e la dura madre si notò uno stravaso libero largo circa 5 centimetri, alto centimetri 2 1|2. In questo punto le meningi ed il cervello presentarono una infossatura; le meningi erano pure injettate; nessun' aderenza. Cervello senza stravaso. Nessun ateroma ai vasi. L' Autore emise il parere che per la grande limitazione delle lesioni anatomiche, doveva ritenersi come causa di morte la forza del pugno o della ceffata, che provocò l'emorragia dei rami della meningea media; escluse però come causa la caduta, giacchè questa avrebbe apportato lesioni diffuse all'occipite ed in altre parti del cranio.

**Zwei Gutachten für Anfallversicherungsgesellschaften.** (*Due giudizj medico-legali in caso di contestazione colle assicurazioni sulla vita*); del dott. Scholz. In: *Viert. für gen. med.* N. 7. 1881, XXXV, pag. 20.

1.° *Paralisi bulbare d'indole traumatica.* — Certo I. M. di 46 anni, che aveva sempre goduto ottima salute ed ottima rinomanza, precipitò in una cisterna murata della profondità di 3 metri e mezzo. Cavato di là potè recarsi a piedi a casa percorrendo mezz'ora di cammino. Il medico non potè avvertire alcuna lesione esterna; ma il malato lagnavasi di dolore al capo, vertigine, e debolezza in tutte le membra. Vani furono i tentativi di rimettersi al lavoro; ed anzi si aggiunsero nuovi sintomi, quali granchi, contratture, tremori, svenimenti con breve aura, contrattura alla colonna vertebrale che diffondendosi ai fianchi inceppava l'incesso e l'incurvarsi del tronco.

Più tardi l'ammalato lamentossi di mancanza di appetito, di depressione delle forze, insonnio, apatia, malessere. Mancando d' ogni lesione esteriore dimostrabile, sarebbe passato per un simulatore, se uno stato di magrezza, di esaurimento, di precoce vecchiezza non avesse fatto fede di grandi disturbi nella sua nutrizione generale. Ed agitatosi il processo contro la Società d'assicurazione, l'esame del sistema nervoso mise in luce i fatti seguenti: 1.° depressione nella sensibilità generale provata anche dalla grande tollerabilità verso forti correnti elettriche; 2.° notevole ottusità nell'udito, per cui non avvertiva il battito dell'orologio applicato all'orecchio ed il corista; 3.° vista ed olfatto erano intatti; ma il gusto era alterato in tal guisa che il paziente tutto aveva sapore unico ed insulso, da non distinguere il chinino dallo zucchero, dall' aceto, ecc., ecc. 4.° vi erano paralisi nel territorio dello apparecchio visivo, nella lingua, nella laringe, nella faringe. La lingua si moveva a stento, e sporta, deviava a sinistra; si movevano a stento l'ugola ed i pilastri; gli angoli della bocca erano stirati in alto ed all'esterno. Il paziente non poteva serrare i denti, soffiare, masticare, o deglutire; doveva quindi esser nutrito puramente con materie liquide e doveva colle dita allontanare la saliva della bocca. La voce era debole e senza tono, la respirazione superficiale, esile, polso 88-120; erano cessate le attività sessuali; depressa l'energia della volontà e considerevole depressione giornaliera del peso del corpo. Il giudizio medico-legale ammise che l'infermo fosse affetto da una paralisi progrediente che aveva già invaso i nervi della lingua, della masticazione e della deglutizione, il nervo accessorio, il vago ed il glosso-faringeo e tutti gli altri nervi cranici. Trattavasi quindi di una *paralisi bulbare progressiva* determinata indubbiamente dalla scossa riportata dal midollo spinale nel momento della caduta, ed apportante necessariamente una perenne incapacità al lavoro.

2.° *Simulazione.* — Carlo J. O. 57 anni, lavorante, precedentemente sano, fu colpito da una balla di cotone che gli era caduta sul polpaccio

destro. La gamba si gonfiò e fu costretto l'offeso a camminare colla gruccia. Ma sei mesi dopo, avendo egli provocato un giudizio medico-legale per indennizzo, si trovò che il volume delle sue gambe era eguale d'ambo le parti; si avvertì che egli aveva varici alle gambe, che l'eccitabilità riflessa ed elettro-muscolare era eguale in ambe le parti, e che l'articolazione era perfettamente libera, completamente passiva alle manovre d'esplorazione, mobile lentamente; nel camminare però la gamba destra teneva posizione un po' rigida, diretta verso l'interno e muovevasi un po' rotando verso destra. Ma essendosi tenuto conto della mancanza di gonfiore, della libera mobilità della articolazione, della eccitabilità normale dei nervi, della mancanza di sintomi nevralgici, si decise essere la paralisi affatto simulata; ed in ciò confermò anche la circostanza che ripetutamente nell'esame il preteso paziente era caduto in gravi contraddizioni.

**Considérations médico-legales sur les ruptures de la rate.** (*Considerazioni medico-legali sulla rottura della milza*); del dottore Pellereau dell'Isola di Francia. In: *Ann. d' Hyg. publ. et méd. leg.* Mars, 1882.

Nei paesi tropicali la rottura della milza è un fatto abbastanza frequente, perchè quest' organo in conseguenza del miasma palustre si ingrossa enormemente e perde la sua coesione a tal punto, da rompersi spontaneamente o dietro leggerissimi traumi. Nella pratica forense dell'Autore nell'Isola di Francia dal 1879 al settembre 1881, su 54 casi di morte violente, 43 si dovevano alla rottura della milza, di cui quattro erano indubbiamente d'indole spontanea, nove traumatici. L'Autore descrive i sintomi che conseguono a questa lesione. Il primo è un dolore più o meno vivo all'ipocondrio sinistro che dura breve tempo; tal dolore però qualche volta può mancare. In quest' ultimo caso la sua assenza si spiega colla estensione assai grande della rottura della milza, che induce fin dal primo istante la perdita della coscienza. Poi spesso il paziente getta un grido e si mette la mano al fianco sinistro. Altre volte continua i suoi passi per cadere gradatamente in collasso; e tale differenza spiegasi ancora colla differenza di estensione della rottura della milza. Così pure l'insorgenza più o meno pronta della morte proviene della maggiore o minore quantità di sangue che si versa dalla milza nella cavità addominale. Dopo il dolore e la caduta, l'individuo impallidisce, si raffredda; il suo corpo si ricopre di sudore viscido ed abbondante; quì si presentano vomiti, incontinenza d' urina e di feci, od anche di sperma. Non vi ha mai delirio; la perdita della coscienza è più o meno pronta secondo la gravezza della lesione. La respirazione è affannosa fin dal principio, e la temperatura centrale e periferica si abbassa; il polso frequente, piccolo serrato, diventa filiforme, irregolare ed intermittente; la morte insorge senza scosse o convulsioni dopo tempo variabile, da 20 minuti a qualche giorno. Quando però la rottura

è assai grande, quindi copiosissima l'emorragia, il paziente cade morto come fulminato.

Le lesioni necroscopiche, che conseguono a questa morte, sarebbero l'insorgenza assai rapida della rigidità cadaverica (un'ora dopo la morte) e nell'estate coi più forti calori si prolunga fino a 30, 35, 40 ore. (Qui il Relatore nota che nei suoi studj sperimentali sull'influenza sull'irrigidimento cadaverico del sistema nervoso. *Rivista sperimentale di freniatria e medicina legale.* Fasc. I. II. 1882 ebbe gli stessi risultati sugli animaii fatti perire per emorragie intense). La putrefazione sarebbe ritardata; pallidi i tegumenti esterni, cosparsi di feci o di sperma in vicinanza dell'ano e dell'uretra. Il ventre sarebbe costantemente rigonfio ed arcuato; nello stesso tempo il diaframma è spinto in alto d'ambo le parti fino alla 4.ª e talune volte fino alla 3.ª costa; e ciò si dovrebbe al liquido sanguigno che spinge in alto la visceraglia. Qualche volta la pelle ed il tessuto cellulare sottostante al punto leso presentano delle escoriazioni e delle ecchimosi; ciò però non è troppo frequente. Di solito mai rotture di ossa o di coste. Pallore estremo alle meningi ed all'encefalo nel quale si trova qualche volta trasudamento sieroso; cuore vuoto, polmoni anemici grigi o bianco-grigiastri, con qualche ecchimosi alla loro superficie esterna (1 su 13). Anemia in tutti gli altri tessuti. La cavità addominale è più o meno ripiena di sangue o di sierosità sanguinolenta mescolata a coaguli più o meno numerosi; coaguli più o meno compatti e numerosi nelle maglie dell'epiploon, nel mesenterio, nel bacino. Il sangue ora è liquido con coaguli, ora è completamente coagulato; è però sempre nero. La capsula dello splene è raramente opaca; spesso è più o meno atrofica in conseguenza della pressione interna; la rottura dello splene è rara qualora la capsula è ipertrofica, cartilaginea od ossificata. Il parenchima è ora feccia di vino, o cioccolato, o rossomattone, sempre rammollito. Talune volte il rammollimento è così avanzato, che lo splene rappresenta un'otre contraente un liquido che sfugge; è questa una delle condizioni più opportune alla rottura. Vi concorrerebbe altresì un'atrofia dei corpuscoli di Malpighi e del tessuto fibroso formante lo stroma della milza. È necessario perciò che quest'organo abbia subito in seguito al miasma queste alterazioni intime, perchè se ne provochi la rottura con leggieri traumatismi. Le rotture hanno diverse profondità; talune volte sono coniche, talune altre sono molteplici, stanno indifferentemente sulla faccia convessa o sulla concava. Quelle che stanno in vicinanza dell'ilo, apportano la morte più rapidamente per la vicinanza coi grossi vasi. La forma si è longitudinale, circolare, triangolare o stellata; i bordi tagliati a picco o rovesciati all'infuori talune volte sono netti e sottili come se fossero occasionati da uno strumento tagliente; in altri casi sono festonati o dentellati. Hanno il carattere costante d'esser più o meno ricoperti di coaguli sanguigni. Gli altri organi addominali presentano le lesioni proprie alla cachessia palustre. L'Autore non trovò questa

rottura nei fanciulli al di sotto dei 12 anni, e più raramente nella donna. Ciò devesi alle diverse condizioni di vita di questa. Notò rotture mortali in conseguenza di certi o abbastanza leggieri (urtone, cadute, pugno, caduta da una vettura, calcio), e di cause spontanee per pura tensione del perisplene.

Fa emergere quindi come deduzioni pratiche forensi:

1.° La grande facilità della rottura della milza nei paesi tropicali ricchi di miasma palustre;

2.° La facilità di essa rottura in seguito a lesioni indirette (contraccolpo);

3.° L'impossibilità di poter distinguere una rottura spontanea da una traumatica, nei casi in cui manchi ogni traccia di lesione esterna;

4.° La probabilità (già notata da Casper, Liman, Pincus, Hofman; Rel.) che in seguito a traumi si rompa letalmente la milza, senza che vi sieno sulle pareti addominali tracce della subita violenza;

5.° La possibilità che un uomo, per quanto abbia una rottura della milza, riesca a vivere per qualche ora o per qualche giorno (tre), attendendo alle proprie occupazioni, o camminando per qualche tempo.

**De l'importance de l'étude des empreintes en médecine légale.** (*Dell'importanza dello studio delle impronte in medicina legale*); del dott. Laroche. In: *Ann. d'Hyg. et méd. légale*, juin 1882.

Una donna accusata dal suo padrone d'aver ucciso il proprio figlio illeggittimo, se ne scolpa, rovesciando ogni colpa sul suo complice e dichiarando che essa al momento del parto era in tale stato di debolezza, da non aver potuto impedire che quegli portasse fuori dalla camera il neonato e l'uccidesse lontano da lei. Simile sistema di difesa sostiene anche dopo che muore, in seguito a malattia mentale, il proprio complice durante l'istruttoria. L'ispezione medico-legale istituita dal dott. Laroche sul cadavere del neonato prova che questo ha respirato, che è morto poco dopo la nascita, essendo l'intestino crasso quasi intieramente ripieno di meconio (?) e che la causa della morte deve trovarsi nella soffocazione e nello strangolamento. Tracce della soffocazione sono l'appiattimento del naso e della guancia sinistra; una ferita interessante tutto il derma, di forma circolare determinata dalla impronta dell'unghia al disopra della commessura labbiale sinistra; le *ecchimosi sottopleuriche*, due spandimenti sanguigni sotto al cuojo capelluto; vaste suffusioni sanguigna tra le meningi ed il cervello.

Le tracce dello strangolamento sarebbero le seguenti:

Affinchè l'unghia del pollice dell'uccisore lasciasse una traccia così netta e così profonda al disopra della commessura labiale sinistra, occorreva che la falange, portante l'unghia, fosse flessa ad angolo retto così il pollice essendo flesso ad angolo retto, fu colla palma della mano che l'uccisore appiattò il naso della propria vittima. Il naso essendo appiattito come appiccicato sulla guancia sinistra, questa lesione fu de-

terminata da un violento sforzo di destra a sinistra. Onde nell'istante del fatto, l'uccisore era a destra della sua vittima. La ferita semilunare accennata fu prodotta dall'unghia della *mano sinistra* dell'uccisore. La palma di questa mano era pure applicata all'entrata delle vie respiratorie. Nello stesso tempo l'uccisore colla sua *mano destra*, di cui il pollice è tracciato come con lapis alla regione del collo, comprimeva con la più grande energia la laringe e la trachea. La gravità delle lesioni e la loro estensione dimostrano che la mano, che l'ha prodotta, era fornita d'una forza straordinaria. Queste pressioni devono essere state fatte pochi istanti dopo la nascita, poichè il cordone dell'infante non essendo stato legato, questi avrebbe dovuto morire d'emorragia. (Questa conclusione non può esser accolta, poichè è nota la rarità di questa morte anche a cordone non legato. Rel.); ora il cuore ed i grossi vasi erano ripieni di sangue. Dopo la fatica e i dolori d'un parto anche notevole, la mano della puerpera è impotente a produrre in un tempo così breve lesioni multiple e profonde, quali furono descritte. Solo un uomo vigoroso può riescirvi.

E così essendosi rovesciata tutta la colpa al complice, che era d'una forza straordinaria, la donna fu assolta (?)

## II. — **Tanatologia.**

**Ueber die localen Befunde beim Selbstmord durch Erhängen.** (*Sulle lesioni locali del collo nei suicidi per appiccamento*); del dott. Lesser. In: *Viert. für gerichtl. Med.* Oct. 1881.

Parecchi scrittori negano che nei casi di suicidio per appiccamento, le lesioni al collo o non esistano o sieno insignificanti. Per combattere questa dottrina, che fu ammessa anche da Hofmann da qualche tempo, passa il dott. Lesser in rassegna i reperti di 29 autopsie di individui appiccatisi nel suicidio. Ritrovò cioè, 4 volte la rottura del joide, 6 quella delle corna della tiroide, 1 quella della cricoidea, tiroidea, colonna vertebrale, 9 la rottura della tonaca intima delle arterie. Fra queste lesioni notiamo come la più rara, la frattura della colonna vertebrale. Nel caso descritto esisteva una lacerazione del 4.° disco intervertebrale unitamente ad una completa disgiunzione delle vertebre in corrispondenza di uno strato d'esostosi, ricoprente la parte anteriore della colonna vertebrale dalla 3.ª alla 4.ª arteria cervicale. Tra la superficie di frattura si aveva una discreta quantità di sangue. L'Autore considera come causa di detta rottura la rigidità della colonna vertebrale determinata dalla esostosi: così si ebbe un ostacolo alla cedevolezza ed all'elasticità delle vertebre e la frattura. Parimente dall'esame delle lesioni, dei mezzi di appiccamento, delle posizioni scelte dai suicidi, induce l'Autore che la frequenza e la gravezza delle lesioni non stanno in rapporto nè colla compattezza del laccio, nè colla forza con cui questo, argomentando dalla posizione del cadavere, avrebbe dovuto in

*apparenza* agire; e ciò perchè noi non possiamo in via assoluta stabilire a priori, data una certa posizione, quale sarà l'energia delle trazioni, dei convellimenti del suicida all'istante dell'appiccamento. Oltre a queste lesioni, segnala l'Autore le rotture dei muscoli, osservata in sei casi e di preferenza nel muscolo sterno-cleido-mastoideo. La rottura non ne fu mai completa; i bordi divaricati non si videro mai infiltrati di sangue. Quest'assenza d'emorragia costante nelle rotture muscolari si osserva frequentemente pure nelle fratture del joide e della laringe. Lesser attribuisce ciò alla compressione delle parti lese; i piccoli vasi sanguigni, per quanto rotti, si trovano nell'istesso tempo esattamente otturati della pressione, cui sono sottoposti, e quando, avvenuta la morte, cessa questa compressione coll'ablazione del laccio, spandimenti sanguigni non si possono più formare, perchè è già cessata la circolazione. Cita in appoggio di quest'idee due casi in cui il laccio, essendo stato allontanato prima della morte, si videro degli stravasi sanguigni prodursi nella pelle e nel tessuto cellulare sottocutaneo al livello del solco.

**Zur Kenntniss der Befunde am Halse Erhängter.** (*Sulla distinzione dei reperti nel collo degli appiccati*); del prof. Ed. Hofmann. In: *Wien. Med. Presse*, XXII 49-52, 1881; XXIII 2, 3, 1882.

L'Autore ammette col dott. Lesser di Berlino (V. il lavoro precedente) che le lesioni al collo negli individui periti per appiccamento sieno passate piuttosto inosservate, e conviene che desse sieno più frequente di quanto generalmente ritiensi. Negli ultimi tempi egli notò tre casi di rotture dei muscoli del collo, di cui una era associata a frattura della cartilagine cricoidea. Dà una descrizione assai minuta di questi casi, da cui stralciamo la parte più essenziale, e cioè:

1.° Un impiegato di 50 anni, robusto, si era appiccato alla finestra. Il volto era livido; solco d'appiccamento; la esterna porzione del muscolo sterno-cleido-mastoideo rotta nella sua metà, senza traccia di suffusione; la soluzione di continuità dell'ampiezza di due dita trasverse, con bordi stirati in basso ed in alto. La mucosa delle fauci di color violetto-scuro; in corrispondenza dell'estremità posteriore del corno destro del joide una ecchimosi lenticolare; il corno superiore destro della cartilagine tiroidea, in corrispondenza alla sua base già ossificata, era rotto con suffusione sanguigna nel punto della frattura; nella carotide destra, un centimetro sotto la sua biforcazione, una rottura dell'intima, lineare, d'un mezzo centimetro di lunghezza, con piccola suffusione. Carotidi d'ambo le parti leggermente ateromatose a chiazze.

2.° Profondo solco d'appiccamento in un uomo di 55-60 anni, tra la laringe e l'osso joide. Ecchimosi alla congiuntiva; muscolo destro tirojoideo nell'interno delle sua guaina rotto trasversalmente; nella guaina due piccole ecchimosi dell'ampiezza di un pisello; carotidi alla loro bi-

foreazione sclerosate, nell'intima d'ognuna alcune lacerazioni nella parte anteriore; laringe ossificata; ambedue le corna della tiroidea, come quelle del joide rotte, staccati per circa un centimetro e circondate da suffusioni.

3.° Un uomo di 44 anni erasi appiccato: completa la sospensione. Cianosi al volto, ecchimosi congiuntivali, solco al collo, injezione alle meningi ed al cervello. Ambidue i muscoli sterno-cleido-mastoidei, nella loro guaina e nella parte anteriore, rotti trasversalmente, con bordi frangiati distanti 1 centimetro a destra, 2 a sinistra. Nella medesima altezza ambidue i muscoli sterno-joidei presentavano una depressione larga mezzo centimetro con rottura di alcune fibre muscolari, ma senza suffusioni; una stessa depressione trasversale mostrava l'omojoideo sinistro, sotto la guaina del muscolo crico-tiroideo, una ecchimosi dell'ampiezza di una lente. Anteriormente la cricoidea era rotta nella sua metà, con le terminazioni della frattura in mezzo a suffusione; la cricoide era pure con margini assai frastagliati rotta anche a sinistra.

Secondo il prof. Hofmann, le lesioni piccole al collo degli appiccati non vennero prese in considerazione, perchè di solito non sono accompagnate da fenomeni forti di reazione, e perchè si ritengono fatte dopo la morte. Ma un'opportuna preparazione del collo mette in guardia contro queste dimenticanze; onde l'Autore allo scopo di esaminare ben davvicino tutte le parti del collo negli appiccati, dissecca in situ gli strati nel modo e nell'ordine seguente: dapprima si esamina per strati la regione anteriore del collo e (dall'innanzi) la laringe e la trachea; quindi vien tolta fuori la lingua col palato molle e con le altre parti molli della regione anteriore del collo; vi si comprendono anche le carotidi, ed il tutto si recide in corrispondenza dell'apertura superiore del petto. La dissezione poscia si fa posteriormente dapprima sulle carotidi, quindi sull'esofago, sul palato molle, e si mettono poscia a nudo l'joide e le cartilagini della laringe. Finalmente si esamina la trachea, e la colonna vertebrale.

Il dott. Lesser ascrive, come si vide nel lavoro precedente, alla continuata pressione esercitata dal laccio la relativa mancanza di fenomeni di reazione; ed in quei casi, nei quali venne constatato un grande spandimento sanguigno, sarebbesi, secondo Lesser, rallentato il laccio. Hofmann all'incontro ammette esser l'elasticità della cute quella che impaccia od impedisce anche completamente la rottura dei vasi. Se mancano o sono insignificanti i fenomeni di reazione o gli spandimenti sanguigni, devesi riflettere, che la maggior parte delle fratture delle cartilagini e delle ossa si produce in questi casi, non già per compressione diretta, ma indiretta. Mediante un'azione diretta si dovrebbero rompere soltanto le corna del joide, quando esse si frappongono fra il laccio e la colonna vertebrale. Questo potrebbe aversi con le corna della tiroidea; e quando il laccio sia assai ampio, anche per queste e le corna dell'joide. Indirette nel modo più reciso, a laccio or-

dinario, sono le fratture delle corna della cartilagine tiroidea, quando queste comprendono la base di questi; in allora la laringe sta sotto il punto, in cui compiesi la strangolazione. La frattura devesi alla intensa compressione esercitata sulla membrana io-tiroidea, per mezzo della quale la parte superiore della laringe può esser compressa fino al suo completo appiattimento, mentre le corna della tiroidea si rompono o perchè sono copresse contro la colonna vertebrale, o perchè esse non possono sfuggire lateralmente. Così possono prodursi fratture dello scudo della tiroidea. Fratture delle cartilagini crico e tiroidea possono esser determinate mercè compressione diretta, ma anche in via indiretta per mezzo del legamento conico, per il quale la cartilagine cricoidea viene compressa dall'avanti all'indietro e può quindi frangersi in uno o parecchi punti. Per dar spiegazione di queste contingenze l'Autore istituì alcune esperienze nelle quali sottopose a tre diverse prove una laringe circondata ancora delle parti molli anteriori del collo, e congiunta alla lingua ed alla trachea. Mediante una verga di ferro grossa 4 millim. rettilinea e rotonda fu compressa: 1.° la membrana iotiroidea; 2.° il legamento conico e ciò simmetricamente e contro il tavolato su cui stava l'organo; 3.° fu compresso il pomo d'Adamo dall'avanti all'indietro, mercè la mano fortemente cacciata sullo spigolo della tiroidea.

Nel 1.° caso si ebbe per risultato che nei vecchi aventi le cartilagini ossificate si rompono le corna della tiroidea, del joide, e la stessa tiroidea; mentre nelle persone di 30-40 anni l'elasticità aveva preservato le cartilagini dalla frattura. Nel 2.° caso si ebbero fratture ed appiattimenti della cricoidea, secondo l'età, collo strappamento del pericondrio; e questo si osservava di preferenza in corrispondenza dell'inserzione della membrana crico-tiroidea, ai bordi del legamento conico. Nel 3.° sperimento si ebbe per risultato nella metà dei casi fratture (nella gran maggioranza in senso longitudinali) della tiroidea. Da questi sperimenti si induce che molte lesioni al collo, che si osservano nella laringe e nel joide negli appiccati, sono prodotte non da pressione diretta, ma indiretta, e che anche nel loro modo di produzione sono relativamente indipendenti dal punto in cui si esercita la maggior compressione. E se malgrado questo, mancano fenomeni di reazione, oppure questi sono quasi insignificanti, l'Autore pensa ciò doversi alla improvvisa compressione delle arterie e delle vene del collo esercitata dal laccio, per la quale la circolazione rimane come arrestata. E questa interruzione circolatoria occorre nei casi ordinarj di appiccamento al di sotto della biforcazione della carotide e del distacco della arteria tiroidea superiore. E se ancora l'arteria laringea superiore e il ramo joideo dell'arteria linguale sono compressi direttamente, e non può quindi istituirsi una circolazione collaterale, non deve sorgere meraviglia rispetto alla mancanza od alla scarsezza degli spandimenti sanguigni nei punti in cui si formano le fratture delle cartilagini o del

joide. L'Autore poi non è lontano dall'ammettere che la compressione diretta esercitata sui punti lesi o sulla loro vicinanza abbia per effetto di impedire o contribuire ad impedire la emorragia locale. Come è da prevedersi, manca ogni emorragia nelle cartilagini sì scarsamente fornite di vasi; le ossa lese danno invece una certa quantità di sangue, e da fratture di ossa osservò l'Autore anche dopo la morte stillare sangue. Nella rottura dei muscoli in quattro casi l'Autore vide due volte spandimenti sanguigni, in uno dei quali molto notevole. Il dott. Lesser non avrebbe ciò mai osservato.

L'Autore dà spiegazione di ciò nel modo seguente: Poichè i muscoli sterno-cleido mastoidei, che sono in gran parte la sede delle rotture, sono irrorati dall'arteria tiroidea superiore, e poichè quest'arteria giace di solito al di sopra del solco di appiccamento, potrebbe per questo mancare l'emorragia dei vasi, che giacciono al di sotto di quello. Ma poichè i muscoli accennati ricevono vasi ascendenti (tronco-tiro-cervicale) e poichè i muscoli sono più ricchi di vasi delle ossa e delle cartilagini laringee, non vi ha ragione sufficiente per ispiegare l'assenza degli spandimenti sanguigni, mentre però ve n'ha abbastanza per ispiegare la relativa piccolezza di queste, anche riflettendo alla circostanza che i muscoli contusi di solito non danno soverchia emorragia. È quindi giuocoforza ammettere che quelle rotture di muscoli, nelle quali mancano segni di reazione vitale, sieno state prodotte dopo morte, anzichè durante la vita. E ciò può essere confermato dalla circostanza che la tensione muscolare non solo mantiensi dopo la morte, ma viene anzi aumentata dalla rigidità cadaverica. L'ingrossamento dei punti terminali di queste fratture muscolari non deve considerarsi come un fenomeno di reazione vitale, ma sibbene come un rigonfiamento apportato dallo stringimento del laccio.

L'Autore ritiene assai rara nei casi ordinarj la frattura delle vertebre nell'appiccamento, e colloca il caso riferito da Lesser fra le eccezioni, considerando tale frattura come conseguente alle alterazioni senili del tessuto osseo vertebrale (anni 61).

**Blutung aus den Ohren bei einem Erhängten.** (*Emorragia dalle orecchie d'un appiccato*); del prof. Ed. Hofmann. In: *Wiener med. Presse*. N. 7, 1880 e *Rivista sperimentale di Fren. e Medicina legale*. Anno VIII, Fasc. I, II, 1882.

Le emorragie del condotto auditivo esterno non sono sempre consecutive alla rottura della membrana del timpano o alla frattura del cranio. L'Autore sezionò una vecchia che morta, per appiccamento, offriva un'otorragia abbondante bilaterale. Il condotto auditivo era riempito di sangue, in parte liquido; la membrana del timpano intatta, le casse timpaniche pure vuote. Il liquido doveva dunque provenire dalla parete del condotto auditivo esterno, il cui strato-epidermico era infiltrato di sangue. Le ecchimosi di questa regione coincidevano con altre dovute

allo stesso meccanismo situate nella congiuntiva e nei tegumenti del cranio.

L'Autore rilevava più frequenti queste ecchimosi nelle asfissie rapide (appiccamento, strozzamento, strangolamento) e nelle intossicazioni portanti diffluenza del sangue (ossido di carbonio, acido cianidrico). Esse si debbono allo stesso processo delle ecchimosi sotto-congiuntivali, ed appunto per questo non meritano alcun valore diagnostico assoluto. Vedasi in proposito il lavoro sperimentale che segue del Relatore che si può dire completa quello del prof. Hofmann.

**Sull'irrigazione sanguigna del fondo dell'occhio e della cavità dell'orècchio nelle morti per appiccamento**; del prof. Arrigo Tamassia. In: *Rivista sper. di Fren. e med. legale.* Anno VII, (1881) Fasc. I e II.

L'Autore volle, mercè osservazioni ottalmoscopiche instituite sui cani, vedere quali sono le condizioni d'irrigazione del fondo dell'occhio durante l'appiccamento. Osservò che qualora lo stringimento al collo sia uniforme e simmetrico vi ha, più che iperemia, anemia o normalità di irrigazione; e ciò perchè il laccio, se comprime i vasi d'afflusso, comprime pure quelli di afflusso, lasciando intatto il circolo delle vertebrali. Condizioni perfettamente analoghe all'occhio si trovarono nel fondo dell'orecchio. Qualora però il laccio stringa in tal guisa da lasciare *relativamente* intatti i vasi d'afflusso, mettendo ostacolo (assimetria, nodo) a quelli d'efflusso, allora nel fondo dell'occhio e dell'orecchio si osservano fenomeni di congestione; anzi in un caso in cui questo ostacolo (legatura d'una giugulare) era assai grande, si ebbe qualche chiazza emorragica nella cavità del fondo dell'orecchio. Assai probabilmente questi fatti occorrono nella stessa misura ed estensione nell'encefalo onde non si può in termini generali ammettere la congestione o l'anemia encefalica; ma conviene invece badare al modo con cui al collo l'irrigazione sanguigna viene inceppata. Relativamente alla rottura della membrana del timpano, l'Autore non l'osservò mai nei casi da lui studiati; la crede affatto indipendente dall'appiccamento, e quando in questi casi la si osservi, la si deve ascrivere a percosse, e cadute ricevute dall'individuo prima o dopo la morte, senza quindi alcuna connessione col meccanismo, che apportò la morte; le stesse conclusioni sono ammesse da Zanfal e da Maschka.

**Plötzlicher Tod durch Eindringen von Speisen in die Trachea während eines Brechanfalls.** (*Morte istantanea in seguito a penetrazione di cibi nella trachea durante il vomito*); del dottore Geschwind. In: *Schmidt's Jahrb.* marz 1882.

Certo P. d'anni 25 ritenuto per cervello leggiero, dopo aver abbondantemente ingojato una minestra, bevette circa un litro di vino, dell'acquavite e del caffè. Se non era ubbriaco, sentivasi però stanco e si

lasciò condurre a casa. Quivi in preda a molti dolori cominciò a vomitare, quand'improvvisamente gli mancò la vocee, senza potere dire più una parola, morì. L'autopsia, oltre ad altri reperti di poco rilievo, nei polmoni dei punti enfisematosi, ecchimosi sottopleuriche, infarti emorragici diffusi. In corrispondenza della divisione della trachea si trovarono dei residui alimentari in parte digeriti. Questi chiudevano completamente il canale e penetravano per 4 centimetri nella trachea, per 2 nei bronchi. Nulla nella laringe e nella trachea. Il cervello e le meningi erano injettati. La morte così spiegasi colla occlusione delle vie respiratorie, e il periodo di stanchezza, d'ebetudine, che la precedette, colla forte injezione cerebrale.

**A Critical Review of the Post-mortem signs of Drowning.** (*Rivista critica dei segni tanatologici dell'annegamento*); del dottore Fr. Ogston. In: *Edimburg Medical Journal.* April 1882.

Sono 170 i casi di individui annegati esaminati dall'Autore; di questi soltanto 130 vennero sezionati. Egli, senza voler produrre fatti nuovi, descrive sommamente le osservazioni istituite. *Esternamente* avrebbe notato con certa frequenza il pallore della cute, (52 per cento) la cute anserina al tronco ed alle braccia, il corrugamento della cute (52 per cento) (cutis anserina, mani dei colerosi) la schiuma biancastra (12 per cento) o (più raramente) 4 per cento, rossiccia alla bocca od alle narici. Rosa la protrusione della lingua (17 per cento); in qualche caso avrebbe notato l'erezione, (16 per cento) la semierezione (58 per cento) la retrazione del pene (23,6 per cento). — *Internamente* avrebbe trovato acqua nella trachea (65 per cento), nei minuti bronchi e nelle cellule polmonari (77,6 per cento), nell'esofago (14 per cento), nello stomaco (74 per cento), nelle cavità pleuriche (48 per cento), nel pericardio (16,9 per cento) nella cavità peritoneale (18,4 per cento). Oltre a questi fatti, avrebbe registrato tutti i caratteri della morte per asfissia. Ma l'Autore insiste sulla significazione di due fenomeni post-mortali, che egli vorrebbe erigere ad elementi proprj della morte per annegamento, e cioè: 1.° l'uscita dell'acqua o del liquido d'immersione, quando il cadavere venga voltato da supino; 2.° le presenza di spuma biancastra nelle vie respiratorie o alla bocca od alle narici. La prima contingenza l'avrebbe osservata 14 volte per cento e deriverebbe, come facilmente si argomenta, dall'inghiottimento o dalla penetrazione dell'acqua nelle vie respiratorie in conseguenza dei movimenti respiratorj. Egli esclude, come può supporsi, quei casi nei quali il cadavere sia stato prima dell'esame sottoposto a rozzi maneggi, per i quali l'acqua può esser stata espulsa. Resta però facile il muovere quì non poche obbiezioni:

1.° Il fatto che lo stesso Autore vuol far emergere è, stando agli stessi suoi protocolli d'autopsia, relativamente raro.

2.° Acqua od altro liquido d'immersione può penetrare anche nel ca-

davere nelle vie prime respiratorie e nello stesso stomaco. (Liman, Hofmann).

3.° Può esser avvenuta indubbiamente la morte per annegamento, e ciò malgrado nessuna quantità d'acqua può fluire dalla bocca per la pochissima quantità di liquido penetrato, per quanto questo sia stato capace di provocare un'asfissia letale.

4.° Non si esclude la possibilità che liquidi anche in discreta quantità possano fluire dalla bocca o dalle narici, senza che vi sia stata la morte per annegamento; e ciò per eventuale abbondanza d'acqua o di altro liquido nello stomaco prima della morte, o per fenomeni di trasudazione cadaverica.

Circa la presenza della spuma biancastra nelle vie respiratorie, nella bocca e nelle narici, nella trachea, l'Autore scrive d'avere osservato circa 20 volte per cento nel 1.° caso, 12,9 nel 2.°, 66,9 nel 3.°; nota pure d'averla trovata nella frequenza del 15,3 per cento nei piccoli bronchi, e nello esofago. Più rara sarebbe essa nell'esofago e nello stomaco (0,7 — 1,6 per cento). Vuole non si confonda questa spuma minuta, bianchiccia con quella detta generalmente *spuma mucosa*, nella quale anche quando sieno rotte le vescichette resta sempre un leggiero straterello giallognolo. Certamente questo segno, qualora esista, ha un grande valore e le deduzioni dell'Autore circa la sua importanza diagnostica si possono accettare. Con ragione egli osserva quindi che contro la dottrina di Tardieu anche nella morte per annegamento si possono avere delle ecchimosi punteggiate ai polmoni (5,3 per cento). Lo stato del cervello e delle meningi degli individui dall'Autore esaminati tendeva alla congestione (55,3 per cento), più raro il pallore al cervello e sue membrane (4,7), l'emorragia sottocranica (4,6 per cento). L'Autore riassume quindi così le sue indagini necroscopiche:

1.° Quando non si possa istituire che l'esame esterno del cadavere, qualora, facendo muovere il corpo, fluisca acqua in certa quantità dalla bocca, e qualora si trovi spuma biancastra alla bocca ed alle narici, o se questa può farsi svolgere, comprimendo il torace, noi siamo autorizzati ad ammettere un giudizio di morte per probabile annegamento, specialmente quando concorrono ben marcati gli altri segni accessorj quali il rossore della faccia, della fronte, del petto, la cutis anserina, il corrugamento e l'imbianchimento delle mani, e quando si possa escludere ogni sospetto di maltrattamento, di immersione frandolenta od accidentale del cadavere nei liquidi, ecc., ecc.

2.° Questo giudizio di probabilità acquista il grado di positiva attendibilità, quando oltre i segni già indicati, l'ispezione interna mostri grande quantità d'acqua mescolata a spuma bianca diffusa nello stomaco, esofago, vie respiratorie, oppure sabbia, erbe o legni proprie dei fiumi nei bronchi e nella trachea (per quest'ultima asserzione dobbiamo fare le più grandi riserve. Relatore), quando i polmoni siano rigonfi e protrudano dal torace, appena si sono tolte le coste, quando

il sangue è diffluente, e quando convergano tutti i segni proprj dell'asfissia.

**On some Point of Interest in connexion with a case of drowning in which no water was found in the Stomac.** (*Su parecchi punti interessanti relativi ad un caso di annegamento nel quale non venne trovato acqua nello stomaco*); del dott. K. Norman Macdonald. In: *Edimburg Med. Journal.* July 1882.

Per quanto l'Autore accordi gran valore diagnostico alla presenza dell'acqua nello stomaco nella morte per annegamento, fa rimarcare che vi hanno casi nei quali la posizione del corpo ostacolò la panetrazione dell'acqua nelle vie digerenti, malgrado la morte sia avvenuta indubbiamente nell'acqua. In prova adduce il fatto seguente di sua osservazione. Un bambino di 25 mesi fu gettato colla testa in basso dalla propria madre (illegittima) in una tinozza avente 5 pollici d'acqua e vi trovò la morte. L'ispezione esterna non rilevò che l'uscita di un cucchiajo di liquido chiaro dalle narici; l'interna dimostrò la presenza di leggero edema polmonare, e di spuma sottile, che svolgevasi colla compressione. Spuma bianco-rossastra pure alla mucosa della trachea. Lo stomaco non conteneva acqua, ma una mucosità tegnente e vitrea; congestione meningo-encefalica. L'Autore emise giudizio di morte per asfissia in seguito ad annegamento. Egli deriva la mancanza dell'acqua nello stomaco dalla posizione che teneva il bambino nella tinozza, e soggiunge che, per quanto la madre fosse stata dichiarata da lui e da altri periti in preda ad alienazione mentale, venne riconosciuta colpevole di omicidio e condannata a sette anni di servitù penale.

**Schwerste inneren Verletzungen bei unbeschädigten Hautdecken.** (*Gravissime lesioni interne con la cute intatta*); del dott. Falk. In: *Viert. für ger. Med.* Jan. 1881 e *Rivista sperimentale di Fren. e med. legale.* Anno VIIII, fasc. I. II 1882.

L'Autore presenta due casi per dimostrare la grande frequenza con cui a lesioni gravissime interne si associa una relativa immunità dei tessuti cutanei, ed il grande pericolo che molti di tali casi sfuggano alle ricerche giudiziarie.

Nel primo trattasi di un uomo di 30 anni, lanciato da un treno ferroviario contro un'imposta e così ucciso. Tranne una piccola macchia azzurrognola alla nuca ed alcune escoriazioni agli arti, nulla si avvertiva di notevole all'esterno. Ciò malgrado, vi era frattura all'osso occipitale, con cervelletto ridotto in poltiglia, lacerata la dura madre, lacerato il seno trasverso sinistro, fratturate le prime sei coste, riempito il sacco della pleura destra di gr. 600 di sangue, lacerata orizzontalmente la trachea immediatamente al di sotto della cricoide, frantumato l'epistrofeo, diviso l'atlante, il midollo spinale quivi corrispondente trasformato in massa poltigliosa e sanguinolenta. Il secondo caso concerne

un giovane di vent'anni, caduto da un terrapieno e reso cadavere immediatamente. Presentava alle estremità inferiori parecchie fratture camplicate, larga spaccatura al pube; il resto della cute di tutto il corpo era perfettamente normale. Ma la sezione dimostrò che a questa integrità esterna della cute si accompagnava una fenditura al diaframma, attraverso cui poteva passare un pugno, grande stravaso nel mediastino anteriore e nella cavità pleurica sinistra, rottura d'un centimetro circa all'aorta toracica, perforate le anse del tenue corrispondenti al pube, perforato il colon, lacerata la vena cava inferiore, da cui erasi fatto un largo spandimento sanguigno nella cavità del bacino.

**Mort subite pendant la durée d'une colique épatique.** (*Morte istantanea durante una colica epatica*); del prof. P. Brouardel. In: *Ann. d' Hyg. pubb. et méd. légale*, marz 1882.

Una signora di 30 anni, prima di salire in convoglio, beve in un caffè un bicchiere d'acqua sciroppata con seltz. Messasi in viaggio, è assalita da dolori addominali atrocissimi, per cui essa stessa crede d'aver bevuto un veleno. I dolori crebbero talmente, che dovè esser trasportata ad un albergo in vicinanza d'una stazione. Ai dolori si aggiunsero vomiti incessanti; il medico fa diagnosi di colica epatica; dopo occasioni e remissione dei dolori la malata soccombe verso le primissime ore del mattino. L'Autorità sospettando un avvelenamento ne ordina l'autopsia. Nessuna lesione, nè congestione, nè emorragia allo stomaco o all' intestino; questo è qua e là cosperso di infiltrazione giallognola. Il fegato è pallido, esangue, grosso; dilatato il canale coledoco; al livello dell'ampolla di Water si vede un piccolo calcolo che fa ernia nella cavità intestinale, e che è ricoperto dalla mucosa, come il glande lo è dal prepuzio. Questo calcolo è faccettato e sembra non obliterare intieramente il lume del canale. È troppo poco voluminoso per impacciare la circolazione degli organi vicini. Le pareti della vescica biliare sono assai inspessite; questa contiene 61 calcoli di colesterina, aventi ciascuno il volume d'un pisello e tutti a faccette assai nette. Il pancreas è infiltrato di sangue. Milza, reni, utero, ovaja normali. Davanti a questi reperti necroscopici insufficienti a spiegare una morte improvvisa, il professore Brouardel provocò un'analisi chimica degli organi, la quale diede pure risultato negativo. Allora egli non esitò ad ammettere come causa di morte la violenza dei dolori; ricorda casi congeneri descritti da Charcot, Frerichs, Portal, Curry, Boudet, Durand-Fardel e come momento di morte adotta l'ipotesi di Charcot e di Brown-Séquard, secondo cui l'irritazione dei gangli semilunari diffondendosi al midollo ed al bulbo, reagisce sul decimo e origina, se è intensa, l'arresto del cuore in diastole, vale a dire la sincope.

Noi ricordiamo quì le esperienze del prof. Mantegazza, che provano la grande azione depressiva esercitata dal dolore sulla funzione del cuore e del polmone. (Rel.).

**Dell'influenza del sistema nervoso sull'irrigidimento cadaverico**; del prof. A. TAMASSIA. In: *Rivista Sper. di Fren. e medicina legale*. Anno VIII, Fasc. I e II, 1882.

Qualche scrittore di fisiologia e medicina forense come Stannius, Munk, Bleuer, Eiselberg, ammise che il sistema nervoso spieghi un'influenza o accelerante o ritardate sull'irrigidimento cadaverico, e che quindi una lesione di esso potesse trovarsi rappresentata nelle anomalie dell'irrigidimento stesso. L'Autore studiò sperimentalmente su cani, conigli, polli, questo problema e venne alle conclusioni seguenti:

1.° Il taglio dei nervi prima della morte, purchè non abbia provocato fenomeni convulsivi, non ispiega alcuna influenza sul decorso, intensità, durata dell'irrigidimento cadaverico.

2.° il taglio del midollo spinale prima della morte, quando non abbia provocato fenomeni convulsivi, non ha neppur esso nessuna influenza sull'irrigidimento.

3.° Nessuna influenza dispiegano pure su questo il maltrattamento, il taglio dei nervi e del midollo spinale praticati dopo la morte.

4.° Le dipendenze che da qualche scrittore si sarebbero sospettate tra il sistema nervoso e l'irrigidimento cadaverico, si spiegano con lesioni locali inferte ai muscoli, e con l'azione dell'ambiente atmosferico.

5.° La legge di Nysten, più che con l'influenza diretta del sistema nervoso sui gruppi muscolari, potrebbe spiegarsi col maggior funzionamento ed isolamento dei varj muscoli, con la penetrazione più intima in taluni degli agenti atmosferici.

6.° Lo spasmo cadaverico è uno dei fenomeni che più di frequente consegue all'emorragia rapidamente locale.

7.° Consegue pure a questo caso di morte istantanea frequentissima la protrazione dell'irrigidimento cadaverico oltre un tempo doppio o triplo di quello segnato nei casi ordinarj.

8.° La precedenza di salute, l'istantaneità della morte si debbono considerare momenti principali di questi due fenomeni.

**La putrefazione dell'utero.** Ricerche sperimentali di medicina forense; del prof. ARRIGO TAMASSIA. In: *Rivista Sper. di Fren. e Medicina legale*. Anno VII, Fasc. 4, 1881.

Come fece per altri organi, l'Autore studiò sperimentalmente la morfologia ed il decorso cronologico della putrefazione dell'utero in grembo a quegli ambienti che di solito formano la maggioranza nella pratica forense, cioè l'urina, l'aria, l'acqua, la terra. Descrisse così, a piccoli intervalli, le modificazioni morfologiche macroscopiche e microscopiche che si andarono sull'organo putrefacentesi. manifestando. Rimandando a questi protocolli i nostri lettori, ci limitiamo a riassumere i dati più importanti. Il processo di putrefazione dell'utero nel suo insieme è identico nei varj ambienti liquidi e secchi (aria, terra): nel 1.° caso il tessuto si rigonfia, si rammollisce, perde il suo involucro peritoneale, si

sgretola la sua sostanza muscolare e si trasforma in una massa informe, in parte fibrosa, in parte areolare, che non è che il residuo delle fibre muscolari; finalmente anche questa massa si disgrega in un detrito poltiglioso ed amorfo. Nei mezzi secchi il tessuto si raggrinza; si rarefà dai suoi vincoli muscolari il tessuto peritoneale, e si assottiglia, si rimpicciolisce anche il tessuto muscolare e si trasforma in una poltiglia semifluida. Le tonache muscolari, ultime a consumarsi, pur esse si rammolliscono, e si trasformano alla fine in piccole lamelle per divenire un residuo granuloso, amorfo, senza alcuna coerenza. Le colorazioni differenti che si osservano in quest'organo in putrefazione dipendono in gran parte dalle modificazioni delle materie coloranti del sangue. Un certo criterio cronologico potrebbe esser fornito dal produrre o dallo sparire delle pieghe nella mucosa uterina; queste sparirebbero in media dopo il 70.° giorno nella terra, dopo il 50.° giorno all'incirca nell'acqua e nell'aria; così pure il sangue potrebbe riconoscersi entro il tessuto ancora fino al 35.°-40.° giorno nell'aria; fino al 50.° giorno nella terra. Di tutte le parti dell' utero più resistenti sono le fibre delle tonache vascolari (dopo giorni 125 nella terra, 90-100 nell' aria nell' urina, 115 nell'acqua), ed il collo; anche Orfila aveva già fatto nelle sue esumazioni giuridiche la stessa osservazione. Per ciò che riguarda le modificazioni chimiche del tessuto uterino in putrefazione, dopo analisi istituite sotto e fuori il microscopio, l' Autore è convinto non trattarsi di una trasformazione adiposa post-mortale, ma di un processo assai complicato, in cui persisterebbero i materiali albuminoidi, se non nella loro compage primitiva, certo però in combinazioni troppo disformi. Queste idee sono pure sostenute da Sieber, Blondeau e Ludwig, i quali in modo indiretto, sperimentando sugli albuminoidi, giunsero a risultati congeneri. Circa il tempo necessario a trasformare l'utero in detrito amorfo, irreconoscibile, si può ritenere necessario in media il lasso di 90 giorni nell'urina, 100 nell'aria, 115-120 nell' acqua, 140-150 giorni nella terra. In questa guisa, la legge di Casper secondo cui in unità di tempo nell'aria corrisponderebbe a due nell' acqua, ad 8 nella terra non troverebbe appoggio, giacchè un'unità di tempo nell' urina rispetto alle alterazioni putrefattive corrisponderebbe a 1,10 nell'aria, e 1,3 nell'acqua, a 1,5 nella terra. Così pure badandosi al tempo massimo riscontrato (terra 140 giorni) non potrebbe neppur accogliersi la dottrina di Casper e di Liman relativa alla somma resistenza dell' utero alla putrefazione; anzi, secondo queste ricerche, l' utero ridurrebbesi a detrito amorfo assai più presto del fegato, che secondo altre ricerche dell'Autore, a tale estremo si ridurrebbe dopo circa 280-290 giorni. Queste ricerche potrebbero ricevere sanzione anche nella pratica forense, giacchè se si tien conto dell'ambiente e dei rapporti naturali dell'utero (vescica, retto), non si può trovare grande differenza tra gli ambienti sperimentali adottati dall' Autore; anzi parrebbe che in posto l' utero dovrebbe distruggersi con relativa maggiore celerità. Alcune esumazioni

d'Orfila appoggierebbero nei loro reperti i numeri dedotte sperimentalmente dall' Autore. Naturalmente l'età della donna deve modificare qqesto decorso; mentre lo stato puerperale che, secondo Krahmer e qualche altro scrittore, affretterebbe d'assai la putrefazione, secondo queste ricerche, spiegherebbe un' azione assai debole in questo senso, giacchè si sarebbe constatata la distruzione d'un utero di donna perita per febbre puerperale, dopo 120 giorni circa di sua immersione nell'acqua.

## III. — **Aborto e infanticidio.**

**Avortement à trois mois et demi avec integrité des membranes.** (*Aborto a tre mesi e mezzo con integrità delle membrane*); del dott. OLIVIER. In: *Ann. d'Hyg. et Méd. leg.*, juin 1881.

Un'operaja cucitrice alla macchina, in seguito ad esagerazione di tale lavoro, abortisce al terzo mese e mezzo di gravidanza. Il dott. Olivier della Maternità di Parigi assiste all'aborto, e raccoglie il prodotto del concepimento. È l'uovo con tutte le sue membrane intatte, del peso di 250 grammi, lungo 19 centim.; a circonferenza di 19 centim. $^1/_2$. La placenta, già bene sviluppata, occupa quasi il terzo dell' involucro dell'uovo; un altro terzo opposto al precedente è formato da un involucro trasparente risultante dall'amnios e dal chorion; attraverso questo si può vedere il feto nel liquido amniotico; l' ultimo terzo dell' inviluppo ha la forma d'un cilindro, che separa i due terzi precedenti; è opalino. Il feto pesa 80 grammi ed è lungo 15 centimetri; gli organi genitali (muscolari) sono assai nettamente riconoscibili; il cordone è lungo 22 centim.; placenta e membrane (dopo esser stato il tutto in una soluzione di idrato di cloralio per un mese) pesavano 60 grammi. — Questa osservazione è interessante, perchè può lasciare scorgere nell'abuso del lavoro colle macchine a cucire (col piede) una causa di aborto, e perchè dimostra che a tre mesi l'aborto può compiersi a membrane intatte e confermerebbe l' opinione già emessa da Gallard e da Le Blond che nei tre primi mesi l'aborto compiesi di norma a membrane integre (*en bloc*).

**Frühzeitige Lebensfähigkeit eines Kindes.** (*Vitalità precoce di un bambino*); del dott. J. H. MOORE. In: *Phil. med. and surg. Rep.* Aprile 1880 e *Schmidt's Jahrb.* Juin 1882.

Una donna, che aveva due anni prima dato in luce un infante al 5.° mese di gravidanza, si sarebbe sgravata d'un infante di sesso femminile al 5.° o 6.° mese di gravidanza. La levatrice ritenendolo morto, non gli aveva prestato alcuna cura; ma dopo 25 o 30 minuti avvertì un vagito, quindi vide che cominciarono le respirazioni, che si protrassero senza interruzione al giorno successivo. L' infante fu alimentato con gocci oline di latte: dapprima non potè aprire gli occhi, ma

potè, a stento, respirare e vagire. Ma dopo tre mesi l'alimentazione si istituì regolarmente, e continuò l'infante a progredire, senza offrire fenomeni morbosi. Se alla nascita era lungo 9 pollici e pesava una libbra e mezzo, dopo 15 mesi ne pesava 19, e stando all'Autore, non presentava alcuna differenza rispetto agli infanti della sua età.

Caso non dissimile da questo vien riferito dal dott. Maison (*Ann. d'Hyg. et Méd. légale*, avril 1882), il quale richiese, se un infante *presuntivamente* nato al 170° giorno di gravidanza, poteva ritenersi *vitale* nel senso delle leggi francesi (ed italiane). Gli si fece osservare che i dati necroscopici da lui descritti fanno ritenere la gravidanza più inoltrata dei 170 giorni allegati dalla madre (illeggittima).

**Rapport médico-légal sur un cas d'infanticide à la Société médico-légale de France.** (*Rapporto medico-legale su un caso di infanticidio alla Società di Medicina Legale di Francia*); del dottor Billaudeau. In: *Ann. d'Hyg. et Méd. Légale*, julliet 1882.

D'importante nel caso riferito dall' Autore vi ha la circostanza che un cadavere d'un neonato dopo circa due mesi d'inumazione, a 30 centimetri di profondità entro terra di giardino e sotto il caldo della state trascorsa, non presentava che le ossa prive di tessuto molle e di legamenti articolari. I visceri toracici ed addominali eransi trasformati in una poltiglia nerastra irreconoscibile. — I diametri delle ossa del capo corrispondevano a quelli di un infante maturo. Presentavano ancora le ossa parietali ed occipitale una colorazione rossa dovuta ad imbibizione sanguigna. — In base a questo fatto l' Autore si credette autorizzato a dichiarare che: 1.° l'infante era nato maturo, 2.° esso aveva vissuto; e ciò « perchè il sangue del cadavere non esce da sè dai vasi del cervello per venire ad arrossare le ossa del capo », 3.° non si può stabilire la causa della morte.

Con molta ragione però Pénard fece notare non potersi indurre la vita dalla colorazione delle ossa; e noi per parte nostra soggiungiamo che la pratica delle esumazioni addimostra assai frequente la colorazione rosso-intensa delle ossa craniche, senza che vi sia stato spandimento durante la vita; e ciò per puro fatto d' imbibizione. — Fa meraviglia poi che l'Autore abbia trascurato l'esame del centro d'ossificazione dell'epifisi del femore nel giudicare della maturità dell' infante.

## IV. — Tossicologia.

**Des regles à adopter dans les expértises d'empoisonnement.** (*Norme da seguire nelle indagini tossicologiche*); dei professori Lacassagne e Chapuis. In: *Ann. d'Hyg. et Méd. Lég.* Avril 1882.

Gli Autori si proposero di formulare una specie di regolamento da seguirsi dai periti medici nelle indagini tossicologiche. Ma prima di esporre le loro idee, passarono sotto critica assai giusta i varj regola-

menti ufficiali e precetti magistrali, dal più ingenuo di Celso e di Galeno a quello più complicato sarcito delle leggi prussiane ed italiane. A quest'ultimo, che è il più recente di tutti e che come deve esser noto ai lettori degli *Annali* sta nella circolare del Guardasigilli Villa 30 febbrajo 1881, muovono gli Autori alcuni appunti sulla prescrizione che esso fa dell'uso dell'alcool, che secondo essi dovrebbe abbandonarsi, perchè può sciogliere dei materiali tossici (acido arsenioso) e perchè può impedire la fosforescenza del fosforo coll'apparecchio di Mitscherlisch. Trovano pure poco opportuno il mettere nello stesso vaso i polmoni, i reni, la vescica, il cuore, ecc.; vorrebbero si mettessero in un vaso l'esofago e lo stomaco; in un altro l'intestino tenue; si mettesse a fianco del perito medico fin dalle sue prime indagini un perito chimico. Trovano insomma che i preliminari e la disposizione degli articoli del Regolamento Villa sono eccellenti e in tutto conformi alle idee attuali dominanti nella tossicologia, mentre però converrebbe far qualche soppressione o modificazione negli articoli.

Ciò premesso, ecco il progetto degli Autori, che per esso, come ogni cosa nuova, potrebbe qua e là prestarsi alla critica. Noi lo traduciamo, perchè speriamo potrà servire di guida ai nostri colleghi.

*Progetto di regolamento sulle disposizioni da seguire dal perito nelle ricerche medico-legali relative all'avvelenamento.*

1.° Chiamato per queste ricerche, il perito deve munirsi di parecchi vasi di vetro nuovi o perfettamente lavati prima coll'acido cloridrico, quindi coll'alcool. Prenderà pure cera lacca, un suggello, dei buoni tappi di sughero nuovo e della carta pergamena.

2.° In una visita domiciliare il perito dovrà rivolgere la sua attenzione su tutti gli oggetti, che possono giovare alla sua analisi. Metterà in disparte, colla maggior cura, medicine, polveri sospette, o alimenti, ecc., che hanno servito alla vittima.

3.° Se la autopsia viene fatta subito dopo la morte, dovrà il perito prender notizia sulla presenza o sull'assenza di materie emesse per vomito. Le metterà in disparte, come metterà in disparte i vestiti e le lingerie, che ne possono essere imbrattate. Se le materie vomitate sono disseminate sul pavimento o sul selciato, dovrà raschiare con precauzione le parti imbrattate, o meglio esportare le essi o le pietre su cui queste stanno. Non dimenticherà però di prendere in un luogo discosto dal primo, e non imbrattato, delle raschiature, delle assi, pietre del pavimento, che conserverà in disparte e separate dalle prime.

4.° All'apertura del cadavere, il tubo digerente non dovrà mai essere aperto nella cavità addominale, ma fuori di questa.

5.° Lo stomaco sarà separato dall'esofago e dall'intestino tenue, mediante due legature doppie, l'una al cardio, l'altra al piloro. L'intestino tenue ed il grosso intestino riuniti saranno, come lo stomaco, dopo un

esame speciale introdotto col loro contenuto in due vasi distinti. L'esofago sarà esaminato colla bocca e colla faringe.

6.° In un quarto vaso introdurrà il fegato ed il sangue. Però in un caso d'avvelenamento nel quale si supponga aver agito l'ossido di carbonio, e in quei casi in cui l'indagine spettroscopica del sangue può avere una importanza capitale, sarà non solo utile, ma necessario, mettere in disparte in un piccolo vaso di vetro la più grande quantità di sangue del cuore e dei grossi vasi.

7.° In un quinto vaso, riporrà un polmone, o parte del polmone.

8.° In un sesto vaso grossi frammenti di tessuto muscolare (500 gr. circa), tolti di preferenza dalla coscia, dal petto, dal diaframma.

9.° In un settimo vaso collocherà il peritoneo, i reni, la vescica ed il suo contenuto. Per maggior precauzione, sarà bene legare il collo della vescica, onde evitare disperdimento d'urina.

10.° In un decimo vaso infine si porrà l'encefalo ed il midollo spinale.

11.° Quando l'autopsia sia fatta dopo una inumazione più o meno protratta, il perito dovrà occuparsi del modo di sepoltura, dello stato della fossa e del terreno. Dovrà descrivere la bara e lo stato di sua conservazione o distruzione. — Se l'inumazione è recente, ed è intatta la bara, non si ha che ad estrarne il cadavere e posarlo sulla tavola anatomica; se all'incontro le assi della bara sono disgiunte, ed il legno e le vesti sono in parte distrutti, conviene prima di esaminare il cadavere, raccogliere taluni dei frammenti che gli stanno vicino, ed una certa quantità del terreno di cui è circondato, e da cui è talune volte cosperso. Ed il perito non dimenticherà mai di prendere della terra a differenza altezza della fossa per servire più tardi questo come termine di confronto.

12.° Può occorrere che in talune inumazioni, come in quelle che si fanno in terreni argillosi compatti, impermeabili all'aria ed all'acqua, od in bare chiuse ermeticamente, la putrefazione non siasi svolta e che si trovi non uno scheletro od una fermentaziono putrida in attività, ma una massa saponificata che aderisce per tutto alle pareti della bara. In queste condizioni è quasi impossibile che il cadavere esca dal suo involucro, e spesso riesce difficile il distinguere gli organi. (Il Relatore nota qui che secondo gli ultimi studj di Kratter sull'adipocera *Studien über Adipocire*. « Zeitschr. für Biol. » Bd. XVI. S. 369, nell'adipocera si può distinguere qualche elemento istologico proprio del tessuto primitivo). In questi casi il perito dovrà raccogliere nella bara stessa gli organi ancora visibili, alcun po'della massa saponificata, i residui delle vesti, delle lingerie e finalmente la terra che può imbrattare le parti periferiche.

13.° Tutte queste sostanze raccolte (terra, parti di vesti, ecc.), saranno riposte in vasi di vetro.

14.° I residui di bara, assi, ecc., saranno colla maggior cura impaccati e riposti pure in vasi di vetro.

15.° Tutti questi vasi saranno chiusi, coperti e legati, suggellati e porteranno un numero d'ordine con la firma delle persone presenti.

16.° La chiusura dei recipienti si dovrà fare in questo modo: un tappo di sughero ricoperto da carta pergamena trattenuto mediante una cordicella al collo del vaso ed un semplice suggello che fisserà la cordicella e la carta attestante il contenuto. In nessun caso si dovranno impeciare i tappi che serviranno alla chiusura dei vasi.

17.° Giammai il perito dovrà usare come disinfettanti il cloruro di calcio, l'acqua clorata, solfato ferroso, acido fenico, ecc. Lo stesso dicasi dell'alcool che deve pure esser proscritto, perchè la sua presenza impedendo la determinazione di qualche composto tossico, può rendere più difficile la ricerca di certi veleni, specialmente quella del fosforo.

ZILLNER. — **Nach vier Monaten aufgefundene Leiche. — Nachweis der Cyankalium-Vergiftung.** (*Cadavere trovato dopo quattro mesi; persistenza e dimostrazione dell'acido cianidrico*). In: *Viert. für gerichtl. Med.* Oct. 1881.

Un uomo di 44 anni, strenuo ubbriacone, non si era fatto vedere da quattro mesi; il suo cadavere venne scoperto in un buggigattolo fra i tubi del gas e dell'acqua. La temperatura dell' ambiente in cui rimase durante questo tempo oscillò, tra 8° e 10° C. Sospettandosi di suicidio, si procedè all'autopsia giudiziaria. Questa dimostrò nel cadavere la cute in gran parte a guisa di pergamena, dura ed in alcuni punti (mani e piedi) quasi coriacea; il cervello ridotto ad una poltiglia caseosa del peso di 985 gr.; solo il midollo allungato ed il ponte offrivano la loro normale compattezza; secchi e di color bruno-rossastro i polmoni; nell'addome un liquore giallastro e fetido; fegato di ordinaria consistenza, del peso di gr. 1 o 30, con la superficie di sezione secca, adiposa, di colore bruno-verdastro come la sua superficie libera; spappolata la milza, stomaco bruniccio, ingrossato in alcuni punti, con contenuto solido, coriaceo resistente; in condizioni congeneri gl'intestini pieni di gaz e di materie fetenti e nerastre. Muscoli del tronco rimpiccioliti, verdastri. Al microscopio gli organi parenchimatosi presentano avanzatissima ed estesa degenerazione grassa con piccoli cristalli di acidi organici. Le *cellule epatiche non si possono più riconoscere;* ben conservata l' armatura vascolare dei polmoni cospersa da granuli neri di pigmento. Non si distinguono più gli elementi istologici del sangue; ma i residui della milza danno allo spettro le strie dell' ossiemoglobina, quella della metaglobina e dell'emoglobina ridotta. L'analisi chimica istituita dal professor Ludwig (Vienna) sui residui adiposi, dimostrò che essi risultarono da adipi neutri, i cui componenti (acido e glicerina) non erano ancora stati disgiunti dal processo di putrefazione; quella istituita su un estratto di frammenti del fegato diede pronte e chiarissime le reazioni specifiche dell'acido prussico. Il contenuto dello stomaco non fu esaminato, perchè in troppo piccola quantità. Questo caso ha non pic-

cola importanza forense, perchè prova la possibilità che gli organi interni si preservino sufficientemente dalla putrefazione, qualora i tegumenti e gli stessi strati muscolari si essicchino e si mummifichino. La mummificazione di questo tessuto sarebbe dovuta: 1.° all'essere stato il cadavere in un ambiente assai ristretto, in cui l'aria era secca e poco rinnovata; 2.° al non esser stato il cadavere aggredito da parassiti; 3.° alle mutazioni indotte dall'alcool nei tessuti (?); 4.° all'azione antisettica del cianuro di potassio. — È pure di somma importanza forense la conseguita dimostrazione dell'acido cianidrico dopo quattro mesi dalla morte. Questo fatto aggiunto agli altri consimili di Reunard, Struve, Pincus, Dragendorff, Brame, prova la grande resistenza dell'acido cianidrico alla putrefazione, e dimostra quanto sia assurda la convinzione di quei periti, che in supposto avvelenamento per acido cianidrico, appena sia passato qualche tempo dalla morte, sconsigliano l'Autorità giudiziaria a procedere alla ricerca chimica di questo veleno.

Il Relatore poi è lieto di vedere come le indagini del dott. Zillner sulla putrefazione del fegato abbiano confermato quanto egli aveva descritto e dedotto. (V. Tamassia. « La putrefazione del fegato. » — *Rivista Sper. di Fren. e Med. Leg.*, anno 1880). Trascurando cioè la colorazione di quest'organo, che pur coincide colla descrizione data dal Relatore, ne piace far rimarcare che appunto verso il 130.°-140.° giorno noi avevamo stabilito non potersi più distinguere al microscopio traccia di cellule epatiche.

**Untersuchungen über die Abscheidung von Strychnin durch den Harn.** (*Ricerche sull'eliminazione della stricnina per l'urina*), del dott. J. Kratter. In: *Wiener med Woch.* N. 8, 9, 10, 1882.

L'Autore ha ripreso lo studio della questione già agitata da Masing, Dragendorff, Husemann circa l'eliminazione della stricnina per la via dell'urina. Ma poichè gli sperimenti istituiti da questi e da altri Autori diedero risultato contradditorio tra essi e i reperti nell'uomo, l'Autore studiò il problema dell'eliminazione della stricnina attraverso i reni sull'uomo, valendosi cioè di malati (4), in cui la stricnina fu introdotta a scopo terapeutico. Giunse per questa via, dopo d'aver esaminato le urine nei loro componenti, alle conclusioni seguenti, di non lieve importanza forense:

1.° Qualunque sia il modo con cui la stricnina viene introdotta nell'organismo, quella passa rapidamente e si diffonde nella corrente circolatoria.

2.° La stricnina si elimina indecomposta per la via dell'urina; ed indubbiamente la eliminazione comincia poche ore dopo la sua introduzione.

3.° L'eliminazione si compie in un tempo relativamente breve; al più tardi impiega 48 ore.

4.° Non si può accogliere la dottrina di Masing e Dragendorff che

la stricnina si raccolga e si immagazzini di preferenza nel fegato; anzi sembra questa dottrina erronea e devesi l'eventuale presenza della stricnina nel fegato alla grande abbondanza di sangue di questo organo.

5.° L'urina in ogni caso *acuto* d'intossicazione stricnica è uno dei materiali più essenziali, su cui portare l'esame chimico; nei casi di avvelenamento cronico (rarissimi e poco autentici) per la pronta eliminazione della stricnina l'esame chimico potrebbe dare risultato negativo.

6.° La così detta azione cumulativa della stricnina (e di altri alcaloidi) non dovrebbe ritenersi conseguenza del semplice accumularsi della stricnina nel fegato (Dragendorff), ma della protratta azione sui varj tessuti, i quali per l'insistenza di questa sostanza modificano gradatamente il loro modo di funzionare e di reagire.

**Empoisonnement par le gaz d'éclairage.** (*Avvelenamento per gaz illuminante*). In: *Brit. med. journal.* Mars 1882 e *Journ. d'Hyg. et Med. leg.* Julliet 1882.

Fu osservato recentemente a Birmingham un caso assai raro d'avvelenamento per gas illuminante. Una giovane domestica s'era messa a letto sana, quando all'indomani si fecero tutti gli sforzi per ridestarla. Chiamato il medico, avvertì che dessa era insensibile e che presentava i caratteri dell'asfissia per gas illuminante, cioè, il coma; la dilatazione delle pupille, l'arrossamento della faccia, il vomito, l'acceleramento del polso. Entrando nella sua camera, si sentiva odore vivissimo di gaz che era sfuggito da un tubo aperto. La finestra e la porta erano restate chiuse durante tutta la notte; vi era un piccolo camino, ma era senza fuoco. Malgrado le affusioni d'acqua fredda, l'esposizione all'aria e l'amministrazione di stimolanti, fu impossibile richiamare quella giovane alla vita.

**Die Wirkung einiger Alkaloide auf die Körpertemperatur.** (*Influenza di alcuni alcaloidi sulla temperatura del corpo*); del professor H. Högyes. In: *Klebs'Arch. für exper. Pathologie und Pharm.*, 20 mai 1881 e *Rivista Sper. di Freniatria e Medic. Leg.* Anno VIII, fasc. I, II, 1882.

L'Autore studiò con parecchi suoi allievi l'influenza della stricnina, nicotina, picrotoxina, muscarina, aconitina, chinina, curaro sul decorso della temperatura misurata per lungo tratto nel retto. Per quanto riguarda la stricnina, noi siamo assai lieti, non tanto di veder ricordate le nostre ricerche su questo argomento. (Tamassia. « Ricerche sperimentali sul decorso della temperatura e sull'anatomia patologica di alcuni avvelenamenti acutissimi. » — *Rivista Sperimentale.* Anno III, Fasc. II), quanto da vederle confermate da questi esperimenti, condotti con grande precisione, ma limitati ai soli conigli. In media noi avremmo trovato un aumento della temperatura di circa 3 gradi e sempre

in linea ascendente sino alla morte, quindi un abbassamento graduale e costante, senza mai l'innalzamento post-mortale ammesso da Falk e da Leyden.

L'Autore avrebbe avuto un aumento di 0,2 — 0,5 C., con curva uguale a quella segnata da noi, durante l'avvelenamento e dopo la morte. E siamo sicuri, che se avesse sperimentato su animali un po'più grossi, e non si fosse studiato di mantenere artificialmente tranquilli gli animali sperimentati, avrebbe trovato cifre ancora più significanti. Colla nicotina e colla picrotoxina ottenne un aumento di 0,5 C.; colla muscarina non ebbe alcuna differenza; colla aconitina una diminuzione di circa 1,1 C.; col chinino un abbassamento variabile da 0,63 C. a 2,20 C., senza che la quantità della dose vi avesse influenza; la veratrina indusse un aumento medio di 1° C.; il curaro non indusse nessuna modificazione.

**Attossicamento acuto di alcuni alcaloidi dell'oppio, studiato specialmente in rapporto alla temperatura del corpo** del professor S. Fubini e dott. Bono.

Con molta precisione e seguendo il metodo tracciato da Falk, da Högyes e da parecchi altri, studiarono gli Autori la dose minima tossica dei componenti l'oppio, e le differenze di temperatura da queste indotte nell'organismo dei porcellini d'India. Giunsero ai risultati seguenti:

*Minima dose degli alcaloidi dell'oppio per ogni chilogrammo di porcellino d'India.*

| | milligr. injettati |
|---|---|
| Tebaina | 30 |
| Codeina | 120 |
| Morfina | 580 |
| Narcotina | 600 |
| Papaverina | 640 |

Rispetto all'effetto sulla temperatura del corpo durante ogni intossicazione acuta, si possono tali alcaloidi dividere in due serie; 1.° alcaloidi che la scemano; 2.° alcaloidi che l'aumentano. Nel 1.° gruppo vi ha la morfina, la narcotina, la papaverina. Nel 2.° la tebaina e la codeina. — Il Relatore avrebbe desiderato che gli Autori, come ricordarono gli studj di Falk e di Högyes su questo tema, avessero pure ricordato i suoi sulla temperatura del corpo durante l'avvelenamento per fosforo, arsenico e stricnina. (*Rivista Sper. di Fren. e Med. Legale*, anno 1876), che sono pur riprodotti nel lavoro già citato dell'Högyes.

**Sull'intossicazione acutissima per solfuro di carbonio.** — Ricerche sperimentali del prof. A. Tamassia. In: *Rivista Sper. di Fren. e Med. Legale,* 1881. Fasc. 3 e 4.

L'Autore mercè l'inalazione, l'injezione ipodermica, l'introduzione

nelle vie digerenti studiò l'azione fisiologica, l'anatomia patologica e la dose tossica del solfuro di carbonio in differenti animali (conigli, cani, rane). In tutti i modi di introduzione costante ne fu la sintomatologia. Vi ha cioè un primo periodo di eccitabilità muscolare e della sensibilità congiunta a depressione notevole, cardiaca e respiratoria.

Vi ha un secondo periodo, nel quale sopraggiunge l'anestesia, il collasso e la morte. — La causa di morte non deve ricercarsi in un'azione primitiva sul sistema nervoso, come ammettono Hirt ed Eulenberg, ma sibbene in una distruzione diretta dei globuli sanguigni e in una combinazione del solfuro cogli elementi quaternarj del sangue.

Non può però dalle risultanze degli esperimenti istituiti dall'Autore escludersi che vi sia anche un'azione sul sistema nervoso centrale o periferico; ma questo in proporzioni assai limitate. Un'azione più gagliarda sui centri nervosi si può supporre in un'intossicazione cronica. — Le lesioni anatomo-patologiche determinate dal solfuro di carbonio si riducono a distruzione più o meno completa dei globuli rossi, a iperemie e piccole emorragie nelle prime vie respiratorie, ad enfisemi ed infarti polmonari, a ripienezza di sangue del ventricolo destro. Queste lesioni si osservano in tutti i modi di introduzione di detta sostanza. Nell'ingestione forzata si trova lo stomaco fortemente retratto, ed injettato, cosperso d'odore del solfuro; la sua mucosa n'è mammillata, le altre tonache ingrossate; verso il cardias si ha una colorazione bianco-giallastra, e qua e là delle punteggiature emorragiche; la stessa alterazione nel duodeno; il resto dell'intestino poco alterato. Leggiera congestione meningo-encefalica. — Circa *la dose tossica* l'Autore avrebbe trovato che 120 grammi sono necessarj all'ingestione perchè resti ucciso un cane; dose assai alta quindi, che viene confermata dalla storia clinica d'un avvelenamento per questa sostanza riferito da Davidson. L'aria diverrebbe letale quando essa contenesse da 1 a $^1/_2$ per mille (in volume) di solfuro di carbonio evaporato.

**Empoisonnement d'un jeune enfant par ingestion forcée de créosote de houille.** (*Avvelenamento d'un bambino mediante l'ingestione forzata di creosoto di carbon fossile*); del dott. Manouvriez. In: *Ann. d'Hyg. publ. et Méd. Lég.* Fevrier 1882.

Una donna fece ingerire ad un suo figlio naturale d'undici giorni del creosoto. Questi mezz'ora dopo la ingestione fu trovato pallido, a bocca semi aperta, con macchie bianche, come scottature sulle labbra, quasi soffocato in preda a convulsioni, senza poter respirare, nè espirare; tratto tratto emetteva grida come se avesse avuto il croup. Ovunque, nella camera e sui vestiti forte odore di creosoto. Il paziente morì dopo undici ore di sofferenze; aveva potuto ingojare un po'di tisana negli ultimi momenti. — All'autopsia giudiziaria si trovarono sulle labbra, sulle gote, delle larghe escare bruno-giallastre, che derivarono dall'azione d'un liquido caustico; la lingua secca, rugosa,

grigio-brunastra alla punta; grige le mucose della faringe, esofago, laringe; un liquido spumoso grigiastro si trovava accumulato nella trachea e nei bronchi; i polmoni congesti con enfisema intervescicolare; sierosità sanguinolenta nelle cavità pleuriche e peritoneali; sangue nero in parte coagulato nelle cavità cardiache. — Lo stomaco rammollito si perforò nelle mani dei periti, lasciando uscire un liquido, che non aveva odore di creosoto e che era invece latte coagulato. — Indubbiamente la morte si dovette alla penetrazione nella bocca e nella faringe e nello stomaco del creosoto, il quale aveva agito come caustico in queste regioni. La madre, malgrado dichiarasse di aver amministrato del laudano, e malgrado fosse provato che ella avesse amministrato creosoto, sapendo che questo era un veleno, fu assolta dai signori giurati di Valenciennes.

**Tod in Folge acuter Phosphorvergiftung.** (*Morte in conseguenza di avvelenamento acuto per fosforo*); del prof. E. Friedberg. In: *Virchow's Arch.* Tom. 83, pag. 501, 1881.

L'autopsia istituita dal prof. Friedberg *tre mesi* dopo la morte non diede risultati tali, da permettere al perito un giudizio sicuro. Essa però fè emergere i fatti seguenti, che come quelli che abbiamo riportato, dedichiamo all'attenzione di chi vorrebbe istituita la cremazione in ogni caso.

Lo stomaco dunque conteneva un liquido brunastro, di consistenza gelatinosa, dei detriti alimentari e delle piccole masse molli, grigiastre. La mucosa n'era grigio-rossastra, brillante alla sua superficie libera, rammollita. Nessuna traccia d'alterazione o d'emorragia. Milza ipertrofica, rammollita, diffluente, contraente delle bolle di gaz. Fegato rammollito alla sua sezione offrente gran numero di granulazioni grigiastre, dure, della grossezza d'un grano di miglio.

L'analisi chimica praticata nei visceri e specialmente nello stomaco e nell'intestino tenue, non permise la determinazione del fosforo libero, ma sibbene quella dell'acido fosforico. Si notò ancora la presenza dell'arsenico e dell'antimonio.

Altre circostanze s'aggiunsero a questa scoperta, e misero fuor di dubbio la realtà dell'intossicazione fosforica. L'arsenico e l'antimonio si considerarono come conseguenti all'impurità del fosforo impiegato. Il fatto essenziale in questa relazione è come si argomenta, l'aver rintracciato dopo *tre mesi* dall'inumazione la presenza del fosforo.

## V. — Psicopatologia.

**Étude antropologique sur une serie de crânes d'assassins.** (*Studio antropologico su una serie di cranj d'assassini*); del dottore A. Bordier. In: *Riv. d'Antrop. e Révie des scienc. méd.* Jull. 1882.

Sui 38 cranj di assassini francesi ghigliottinati fece l'Autore degli

studj di raffronto con cranj di individui normali e con cranj preistorici. La capacità media di questi cranj è di 1588 c. c., cifra relativamente considerevole rispetto alla media dell'Ovest di Francia, che è di 1529; ed eliminando dalla serie il cranio che ha un massimo di 2076 c. c., la media si abbassa a 1531 media pure ancor ragguardevole. Ma oltrechè la capacità cranica non è un segno necessario dell'intelligenza, potendo essa derivare da cause patologiche, lo studio delle dimensioni di questi cranj mostra poco sviluppata la loro parte anteriore, relativamente alla loro parte parietale. La sutura frontale è in generale di un'estrema semplicità. La curva parietale antero-posteriore è aumentata; la cifra che l'esprime sta a paro a quella, che esprime la stessa misura nei cranj dell'epoca della pietra levigata, ma al di sotto della stessa nei cranj della caverna dell'Homme-mort; fatto importante, quando si ricordi che la regione parietale nella sua linea mediana è la sede dei centri motori e delle cellule giganti della corteccia (Golgi nega però l'esissenza di queste *cellule giganti*). Lo sviluppo quindi del cranio degli assassini si forma in altezza ed in lunghezza, non già in larghezza. L'Autore conclude che la media degli assassini presenta un'inferiorità intellettuale notevole, tanto più sensibile, in quanto la tendenza all'attività, all'eccitamento deve esser più grande. Egli ammette che gli assassini studiati da lui avevano cranj a caratteri preistorici e che in questi fosse in azione la trasmissione atavica. Il criminale costituirebbe quindi nella nostra società un anacronismo, un'anomalia. Secondo l'Autore esaminando questi caratteri craniologici, potrebbesi concludere che se talvolta si nasce assassino, lo si può pure divenire. Quei cranj infatti presentarono delle alterazioni anormali e dei caratteri patologici propriamente detti. Fra i primi campeggia *l'assimetria*, che forse non ha che una parte secondaria; la sporgenza occipitale non è che apparente, e costituisce piuttosto una *conformazione angolare* dell'occipitale. Quanto alle seconde, consistono in una ossificazione precoce della sutura metopica, in disordini nell'ossificazione della sutura occipito-parietale. La saldatura della sutura sagittale con inspessimento dell'osso (eburnation) si riscontrò 51,77 su cento. Tre volte si osservò questa stessa alterazione in tutte le suture. Altre lesioni ossee sono degne di nota, in quanto che rendono probabile l'esistenza di affezioni meningee; più frequente fra queste è *l'osteoporosi*, indizio d'una circolazione esagerata, e di cui il massimo corrisponde al centro mediano, vale a dire alla sutura sagittale, in corrispondenza dei centri motori cerebrali. L'Autore ravvicina questo fatto ai casi di *ipertermia* che Voisin avrebbe trovato al bregma (?) in alcuni alienati aventi delle lesioni congestizie interne, localizzate alle circonvoluzioni parietali dei due lati, nella loro parte più interna. Parimenti, oltre ad alcuni spostamenti di alcune ossa, in qualche cranio si notò perdita di sostanza come erosioni, depressioni a doccia, ulcerazioni sifilitiche. L'influenza di queste lesioni è evidente. Thomson ha notato d'altra parte

che più della metà dei criminali muore prima dei 30 anni, e che molti di loro sono idioti, deboli di spirito od epilettici. Così mentre nel paese di Galles havvi 1 alienato su 432 individui, si ha 1 alienato su 47 delinquenti. Lo studio poi del processo dei 36 giustiziati mostra che non tutti erano forniti d'intelligenza, che in tutti si sommavano in proporzioni svariate, l'atavismo patologico, e sovrattutto il difetto di equilibrio tra le facoltà cerebrali *frontali* e le *parietali*, quelle che predispongono alla azione. Il criminale dunque appartiene ad una zona intermedia tra la salute e la malattia mentale ed è più vicino a questa che alla prima. Per reprimere quindi il delitto bisogna combattere l' influenza ereditaria diretta od atavica mediante una specie d' *ortopedia cerebrale*, in cui l' individuo sia sottratto all' azione dell' esempio, alla influenza di parenti criminosi od affetti da malattie nervose, e redimerlo coll'istruzione e coll'educazione. E di preferenza questi vantaggi si otterranno sui giovani, nei quali la diminuzione relativa della curva parietale può dar già un segno di avviso. Bisognerà nell'istesso tempo porre argine ai disordini impulsivi d'indole congestizio, all'idrocefalia, al rachitismo cronico, a tutti quei fattori insomma, cui devesi imputare le alterazioni morfologiche del cranio. Di più; « la società ha il diritto ed il dovere di mettersi al riparo del criminale, sia questo malato o sano, risponsabile o no. »

**Su quelques crânes de criminels et de suicidés.** (*Su alcuni cranj di criminali e di suicidj*); dei dottori Ten Kate e Pawlosky. In: *Révue d'Anthrop.* 1881, I.

L'esame del cranio del celebre assassino Prévost istituito da Broca aveva dimostrato nel cervello di questo scellerato l'esistenza d'una disposizione morfologica speciale costituente un tipo, quale non si osserva che nei carnivori. Si trovarono così confermate le viste di Brodier sull'influenza dell' atavismo nel delitto. Dopo questo si esaminò il teschio d'un altro assassino non meno famigerato, Menesctou. Si ebbe per risultato probabile l' influenza della meningo-encefalite cronica sullo sviluppo degli accessi d'epilessia, durante uno dei quali egli ha potuto commettere il suo delitto senza averne coscienza. Gli Autori su questo indirizzo studiarono 54 cranj di assassini e suicidi raccolti nei musei di Parigi. Dal punto di vista craniometrico essi non ebbero la conferma delle deduzioni di Brodier, mentre però dal punto di vista patologico, osservarono l' esistenza di talune deformità (acrocefalia, osteoporosi, esostosi, assottigliamento delle ossa). L'assimetria, come ammette pure Brodier, non può assumersi come un attributo speciale dei cranj dei criminali e dei suicidi. Essi attribuiscono la tendenza al delitto più ad uno stato particolare del sistema nervoso in generale e soprattutto al cervello, più che alle dimensioni craniche, e ricordano le osservazioni di Benedikt che dimostrano nei cervelli degli assassini rispetto ai cervelli normali, più frequente l'irregolarità nello sviluppo di certe circonvoluzioni e nei loro solchi intermedj.

**Études sur les caractères d'une série d'assassins executés en Belgique.** (*Studj sui caratteri d'una serie d'assassini giustiziati nel Belgio*); di Heger e Dallemagne. Opera estratta dagli *Annali dell'Università di Bruxelles*. Bruxelles 1881.

A Bruxelles, a Liegi, a Gand esiste una raccolta di cranj di celebri assassini giustiziati e morti negli ospedali. Gli Autori intrapresero delle ricerche su quelli, onde vedere fin dove esistono alterazioni organiche rilevanti. Dopo aver esposto con molta precisione i dettagli delle loro ricerche su ciascun cranio, gli Autori giungono alle seguenti conclusioni finali che noi riproduciamo in gran parte, non potendo intrattenerci sulle cifre parziali. Solo notiamo come questo lavoro sia condotto con molta imparzialità, e sia corredato da bellissime incisioni rappresentanti dieci dei cranj più importanti stati descritti.

Se, scrivono gli Autori, la teoria del Lombroso e del Bordier riducesi con Maudsley a dire che *la classe dei criminali costituisce una varietà della specie segnata da caratteri particolari* e così distinta da quella degli altri uomini *quanto un montone dalla testa nera si distingue da tutte le altre razze di montoni*, noi non possiamo appoggiare questa teoria e le nostre osservazioni personali sono ben lungi dal confermarla.

Ma se si toglie da queste affermazioni ciò che v'ha d'assoluto, se non si vuole identificare i malfattori con una varietà della specie, e ci limitiamo a riconoscere in essi segni d'inferiorità mentale, noi dovremo ammettere coi citati Autori, che i caratteri craniologici indicano, in gran numero di assassini un cervello male equilibrato. Lo studio delle curve e delle projezioni del cranio dimostra che nella maggior parte di essi è predominante la parte posteriore dell'encefalo, senza che però i lobi anteriori sieno atrofizzati; il loro cervello è più voluminoso di quello degli altri uomini, ma questo grande volume è dovuto allo sviluppo della regione parieto-occipitale; secondo le funzioni che l'esperienza e l'osservazione assegnano ai diversi lobi dell'encefalo, possiamo dare a questa confermazione cerebrale un significato preciso.

La parte anteriore del cervello caratterizza nella scala animale le razze più elevate; in esso si localizzano principalmente gli atti coscienti e volontarj, l'attenzione, la riflessione, il raziocinio, mentre gli atti incoscienti, istintivi o riflessi dipendono dalle parti nervose sottostanti del cervello, del bulbo e del midollo. Il predominio della parte posteriore del cervello negli assassini è dunque il segno d'un'organizzazione dominata dall'incoscienza; lo studio dei caratteri craniologici presso gli assassini del Belgio viene così a dar ragione a quel medico delle prigioni inglesi il dott. Nicholson (e noi vi aggiungiamo il nostro prof. Virgilio di Aversa. Relatore), che riassumeva la sua opinione in questa frase: « *L'intelligenza dei malfattori non è di tal forza, da poter lottare contro i loro impulsi.* »

In quanto a noi, i criminali non sono assolutamente una varietà di

specie: l'assassino di Bruxelles somiglia più agli altri suoi concittadini brussellesi, che a un cranio qualunque degli assassini di Liegi; le medie citate in questo lavoro stabiliscono con evidenza che *i caratteri craniologici degli assassini di prevalenza dipendono dal tipo della razza, cui essi appartengono.* Non formano adunque una classe a sè nella umanità. Ciò che emerge chiaramente da questo studio è l'*ineguaglianza congenita* scritta a caratteri leggibili perfino nel cranio di tutti gli uomini; davanti a queste anomalie di sviluppo, che colpiscono tanti diseredati dalla natura, come si dubiterebbe ancora di queste cattive predisposizioni trasmesse dal padre al figlio, e contro le quali molti infelici lotteranno per tutta la loro vita, dato pure che non vi si abbandonino? Per gli uni l'egoismo e il soddisfacimento, anche violento, degli istinti sessuali sarà la preoccupazione dominante, la base di tutti i loro pensieri, il più potente motore di tutti i loro atti: altri saranno padroni di loro stessi e senza sforzo andranno sulla via del bene, anche con lieve ajuto dell'educazione. — Non come G. C. Rousseau pensava, tutti gli uomini escono eguali dalle mani della natura; l'osservazione dimostra che l'ineguaglianza manifesta delle percezioni della vista e dell'udito esiste ancora nelle funzioni psichiche o morali. Ad alcuni sfugge un suono acuto, ad altri un grave; *cinque* su *cento* fanciulli presi a caso non percepiscono nettamente i colori, sempre uno almeno non distingue perfino il verde ed il rosso. Non possiamo quindi indurre che come vi ha insensibilità a certe vibrazioni dell'etere o dell'aria, non sussista altrettanta disuguaglianza di sensibilità anche nella totalità delle impressioni dell'animo? Avremmo così esiti criminali paragonabili a daltonisti nell'ordine intellettuale. Perciò i malfattori sfuggono ad ogni assoluta generalizzazione; alcuni d'essi ben confermati sono stati trascinati al male da un impulso infrenabile, malgrado la loro volontà e con quasi perfetta inazione del loro raziocinio, altri hanno meditato il loro delitto; e i loro calcoli freddi e posati sembrano destinati a non conseguire giammai un onesto intento. Le disuguaglianze craniologiche ci fanno concludere all'impossibilità dell'applicazione ai criminali d'una teoria basata su caratteri craniologici. Lo studio poi di questi stessi caratteri ci fa constatare l'esistenza fra essi di individui dotati di conformazione cranica tale che rivela la loro inferiorità mentale. E fino a qual punto essi sono vittime dell'eredità? Hanno essi qualche lontana rassomiglianza coll'uomo primitivo, quale ce lo voglion far supporre il Lombroso ed il Bordier? ¡E questa rassomiglianza ci autorizza ad applicar loro la legge dell'*atavismo?*

Gravissime domande, alle quali è temerario il rispondere.

Per recare un po'di luce su ciò, dobbiamo modificare i nostri modi d'agire di fronte al criminale. Quando la giustizia lo affida alla espiazione, esso dovrebbe divenire un oggetto di studj e di ricerche, nè più nè meno che un caso clinico qualunque; il delitto non deve tenersi come un fatto orribile, da cui ognuno rifugge, ma un fatto il cui studio

è tanto più urgente, quanto più vergognosa si è la esistenza per l'umanità. Servendoci in tale studio dei lumi delle scienze sperimentali arriveremo a conclusione forse inattese', ma convincenti e indiscutibili.

Non negli studj craniometrici, ma nell'esame profondo del delinquente troveremo la soluzione di questi dubbj. Sgraziatamente l'iniziativa privata non può istituire delle ricerche metodiche su questo tema. Esse non possono essere intraprese che col concorso dello Stato. A nulla approdarono le ricerche nostre fatte sui delinquenti di giovane età di Bruxelles: esse solo ci dimostrarono l'insufficienza dell'esperienza ed iniziativa individuale. Quando condizioni migliori si presentino a questi studj, sarà possibile un lieto successo, ed allora si potrà forse fare una specie di scelta tra questi uomini, che oggidì sono confusi nell'uniformità della pena, applicando a chi è suscettibile di miglioramento un *trattamento razionale* fondato sulle loro particolari attitudini.

Questa riforma non è più ardita di quella già introdotta nella terapia e nel regime degli alienati, dopo che la scienza ha riconosciuta la natura della loro infermità. Si confronti il trattamento degli alienati d'oggidì, con quello del secolo passato, e si vedrà che la *pericolosa utopia di* Pinel ha reso a migliaja d'uomini ragione e libertà.

Noi ci auguriamo, che studiando sempre più scientificamente questi criminali che noi conosciamo sì poco oggi, si arrivi a quel giorno in cui pari riforma si compia in loro favore.

**Untersuchungen über Verbrecher-Gehirne. Anatomische und anthropologische Studien I. Theil. Die pathologischen Befunde on Verbrecher-leichen.** (*Studj sul cervello dei delinquenti: reperti patologici nei cadaveri dei delinquenti*); del dott. Max Flex. Würzburg 1882. Riassunto in parte dal dott. Amadei.

L'Autore si valse del materiale fornito dalla casa di pena di Würzburg per istudiare la natura dei delinquenti. Non si limitò all'esame del cranio e del cervello, ma a tutto l'organismo. I suoi dati sono raccolti in quattro tabelle e comprendonsi sotto i titoli: alterazioni viscerali, le cause della morte, il cranio ed il cervello. — Dei cervelli in special modo si occuperà nella 2.ª parte del lavoro. *Cause della morte* nei delinquenti da lui sezionati (54) furono generalmente le malattie croniche, tra cui ha posto d'onore la tisi (57 per cento). Vengono in seguito le malattie di cuore (20 per 100) con le loro diverse conseguenze, fra cui l'Autore segnala l'emorragia cerebrale.

Fra le *alterazioni organiche* si distinguono quelle del sistema circolatorio; in 5 casi persisteva il foro ovale, in 3 eravi ristrettezza di tutto il sistema circolatorio, quale si ha nei casi di clorosi; su 54 vi erano alterazioni all'encocardio, alle valvole, al miocardio in 39; vasi con grande frequenza alterati dall'aterioma, dalla sifilide, dall'alcoolismo; in complesso 13 su 54 si ebbe o una anomalia primitiva del sistema vascolare, od una malattia più o meno grave di questo. — L'*ap-*

*parecchio genitale* non dà notevoli alterazioni; ma l'Autore soggiunge che nei registri non se ne tenne conto.

Più importanti sono le *alterazioni craniche*. Sui 28 cranj studiati, 13 erano deformi ed irregolari; 11 furono assimetrici tra cui due poliatici; in uno si riscontrò una rimarchevole irregolarità nella circonvoluzione cerebrale in corrispondenza della anormalità della forma del cranio. Lo stesso dicasi dell'altro, che non era però esente da alterazioni patologiche. Negli altri 9 asimmetrici vi erano poi anche diverse sinostosi, metopismi, iperostosi ed in due un'abnorme disposizione dei vasi della base e delle circonvoluzioni. Anche in un altro cranio, che aveva un insolito sviluppo della squama occipitale si trovò corrispondente irregolarità massima delle pieghe corticali. L'Autore si intrattiene su un cranio trococefalo, offrente anomalo il lobo occipitale. Si trovano dunque con straordinaria frequenza dell'irregolarità craniche, che spesso traggono con loro delle anomalie corrispondenti della superficie cerebrale, non che dei vasi encefalici. Alcune di queste anomalie, dice l'Autore sono sì gravi, che fanno pensare ad una alterazione delle funzioni psichiche che ne dipendono. Io non esito, egli scrive, a sospettare questo pel trococefalo e per altri casi. La coincidenza di rare anomalie delle circonvoluzioni con quelle del cranio, specie dell'assimetria, è per sè degna di rimarco. Si sa che la disposizione delle circonvoluzioni dei dolicocefali e dei brachicefali è diversa; e si può perciò anche ammettere che una forma cranica anomala produca un'anomalia nell'assetto della corteccia. (Notiamo però che le differenze nelle disposizioni delle circonvoluzioni secondo il tipo del cranio stanno entro limiti fisiologici. *Tam.*). E siccome, soggiunge l'Autore, in alcuni casi, come nella scoliosi, secondo Meyer, la deformità dipende probabilmente da una causa morbosa e precisamente dalla rachitide, noi potremmo risalire fino a questa, come a cagione indiretta, ma primitiva, di alcune anomalie cerebrali. Un carattere dei cranj esaminati, a cui l'Autore dà molta attenzione è l'ingrossamento iperostatico. In questa condizione si trovano 9 dei 28 cranj, e se anche si suppongono normali gli altri, di cui taciono i protocolli, si ottiene la proporzione di 9 su 54. La quale è enorme, quando si sappia che Willigk su 1378 uomini e 1749 donne da 20 a 60 anni, aveva trovato la iperostosi nei primi nella proporzione del 3,7 per 100 e nelle seconde del 2,6 per cento. Come momenti eziologici di questo fatto, l'Autore considera la rachitide, la sifilide, ed altre alterazioni costituzionali, dando all'iperostosi anche una derivazione nella sifilide ereditaria.

Minore importanza e frequenza hanno i processi rarefacenti. Sottigliezza estrema della calotta fu osservata nella tisi anche in giovani. Le *alterazioni anatomiche del sistema nervoso centrale* acute, croniche e pregresse furono diligentemente annotate in 38 casi. Tra le acute sono notevoli l'emorragia cerebrale, la pachimeningite interna emorragica, gli intorbidamenti, gli edemi, gli essudati meningei e la frequenza della iperemia nella pia. — Fra le croniche predominano quelle delle

meningi e dei loro vasi osservate in più della metà. Pachimeningite cronica 8 volte; aderenze della dura madre alle ossa 6; leptomeningite 14; edema detta pia 7; iperplasia dei corpuscoli di Pacchioni 9; aderenze della pia alla corteccia 4; ateroma delle arterie della base 8; forte pigmentazione della sostanza cinerea 2. — Notisi che in generale l'opacamento della pia si vedeva in soggetti ancora giovani; nè quindi si può ascriverlo all'età inoltrata; presa quindi come causa di ciò all'alcoolismo ed alla sifilide; che gli rendono ragione di altri fenomeni, come l'ateromasia ed i processi pachimeningitici. Ora, dice l'Autore, se si ammette, con Emminghaus, che una diffusa alterazione corticale porti seco in ogni caso anche delle perturbazioni psichiche, cioè alterazioni nel sentimento, idee, tendenze, si dee riconoscere che negli individui che noi studiamo, dovettero aver luogo alterazioni funzionali analoghe.

I reperti di antiche malattie pregresse non diedero molto contributo. Pachimeningiti, focolai, ortiche, aderenze tra dura e pia, idropi dei ventricoli.

Per riassumere, nel cervello dei delinquenti studiati si incontrano generalmente quelle alterazioni, che sogliono occorrere nelle alienazioni mentali. Non è possibile in questi casi definire se si stabilirono prima o dopo l'arresto dei carcerati; ma ciò non toglie importanza a questo risultato significante. È poi certo che queste alterazioni son di quelle che sono prodotte dalla clorosi e dalla sifilide e sono favorite dalle malattie di cuore e dalla tisi. L'Autore tende quindi a vedere in non pochi delinquenti una stretta affinità colla pazzia. Forse bisogna accogliere con riserva quelle deduzioni che egli trae da alcune alterazioni del cranio quali le assimetrie, l'iperostasi, come sono troppo vaghe le indicazioni dei reperti nel cervello, nel sistema nervoso quali iperemie, idrópi, alterazioni di forma, ecc. Ciò però non toglie valore al libro dell'Autore. I reperti anatomici di gran parte dei delinquenti mostrano morbose alterazioni, che si devono considerare come predisponenti a perturbazioni psichiche, e talora, nel cervello condizioni perfettamente uguali a quelle che si incontrano negli alienati e formano il substrato delle malattie mentali. La quale corrispondenza di condizioni fisico-anatomiche dimostra, secondo l'Autore, e giustifica l'asserita corrispondenza anche funzionale (psichica) tra delinquenti ed alienati, e le anomalie stesse di formazione più o meno remota e primitiva ci porgono forse la spiegazione fisica dell'ereditarietà del delitto. L'ufficio di tali alterazioni morfologiche è di fornire la predisposizione ad alterazioni che per esterne influenze poi si sviluppano, più che di determinare queste alterazioni direttamente; e l'effetto dei riscontrati processi patologici è da ritenersi tanto più pronta e grave, quanto maggiore è il difetto di resistenza organica che all'individuo deriva dalla mala conformazione ereditata.

**Homicide par délire de persecution. — Nécropsie du meurtrier.** (*Omicidio per delirio di persecuzione — necroscopia dell'assassino*); del dott. Manouvriez. In: *Ann. d'Hyg. et méd. légale*, février 1882.

Certo W., di 65 anni, possidente di campagna, fu imprigionato sotto l'imputazione d'aver ucciso la propria moglie. Sottoposto ad esame medico-legale due giorni dopo, racconta ai periti il delitto da lui commesso in tutti i più minuti particolari, con la massima calma e precisione. Giustifica il suo misfatto adducendo che sua moglie si intendeva coi proprj vicini « tutti coalizzati contro di lui » per fargli del male. Crede che questi sparlino di lui e dieno consigli cattivi alla propria moglie; e spiando dal buco della chiave, sente che si parla di lui a voce bassa, ed un giorno sente a dire che lo si ammazzerà, e che gli si metteranno le manette. A suo dire, appena egli entrava in casa, tutti tacevano affettando un'aria d'indifferenza. E quando si lamenta di ciò con sua moglie, questa si beffa di lui e lo tratta da pazzo, da imbecille, da briccone; ciò che l'irrita ancor più. Alla notte si fa del baccano, si batte alla sua parte; ma la sua donna gli dice ch'egli vagella. Nella notte in cui commise il misfatto, convinto della intesa di sua moglie coi suoi nemici, la sveglia bruscamente, le ricorda che lo trattò di briccone, che essa gli predisse prossima la morte, che lo minacciò di ammanettarlo. Questa nega, ed allora esso, eccitandosi sempre più, le annuncia che dessa dovrà morire prima di lui, e la strozza colle proprie mani. Essa lotta con grande forza; e poichè respira ancora, il marito « onde non farla soffrire di più » va in cerca d'un coltello e la colpisce sì furiosamente, che il coltello si intacca, e finisce la sua vittima strangolandola. La lotta sarebbe durata una mezz'ora. L'assassino tenta allora di suicidarsi, ma il suo coltello ottuso nel filo non gli arrecò che delle ferite leggieri all'addome. — Malgrado ciò, l'accusato riconosce che sua moglie era buona, che lo amava, che essa si era gettata su lui quando aveva fatto un tentativo di suicidio. — Avrebbe avuto come malattie precedenti micranie, gastralgie ed una nevrosi (sic) con tremolio e rumori alle orecchie; e avrebbe commesso un tentativo di suicidio. È leggiermente sordo, con memoria debole, anestesia cutanea alla puntura, alla scottatura con solfanello acceso, al freddo, al titillamento; anestesia nella lingua alla puntura, malgrado persista il gusto, anestesia alla cornea ed alla congiuntiva al tocco con la capocchia d'uno spillo. — Nei suoi interrogatorj successivi mostrasi come inebetito, senza memoria e non risponde altro che « io non so nulla. » (IV giorno di detenzione). Nei giorni successivi mantiene lo stesso stato d'ebetudine e si nota contrazione delle papille, polso intermittente, anestesia cutanea. L'istruzione giudiziaria mise in evidenza che l'imputato, una settimana prima del suo tentativo di suicidio, ritornando dai campi, abbandonò bruscamente una persona con cui camminava, sbandandosi e perdendosi per queste vie, senza saper dar conto

ove avesse passato questo tempo. Parrebbe che avesse errato pei campi. — Non è difficile ai periti dimostrare esser l'imputato in preda ad una paralisi generale incipiente con delirio di persecuzione ed allucinazioni acustiche, che lo trassero dapprima al tentativo di suicidio, quindi all'omicidio. — Lo si dichiarò non imputabile e trasferito al Manicomio, quivi morì dopo circa tre mesi.

Nel Manicomio si mantenne sempre calmo e nel più completo mutismo; la sensibilità cutanea era completamente abolita; masticava e moveva le labbra senza dir parola; altre volte pareva rispondesse ad esseri imaginarj che egli vedeva ed intendeva. La diagnosi fu di demenza con delirio di persecuzione; la tavola anatomica venne a confermare questo giudizio, essendosi trovata, oltre pneumonite ipostatica, ateroma ed insufficienza aortica, aderenze della dura madre alla volta, injezione e rammollimento di questa, che si rompe alla parte anteriore, le altre meningi pallide, poco vascolarizzate; scoloramento e rammollimento della sostanza corticale, aspetto bianco-sporco della sostanza bianca, poco liquido nei ventricoli. Anemia cerebrale e rammollimento generale.

**Sur un cas rare de dipsomanie (abus d'inhalations d'ether sulphurique).** (*Su un caso raro dipsomania — abuso d'inalazioni d'etere solforico*); del prof. Légrand Du Saulle. In: *Ann. d'Hyg. pub. et de Méd. leg.*, 1882, mai.

Oggetto dell'indagine medico-legale è un giovane di 29 anni, di discreta intelligenza, che dopo aver servito nella guerra nella ambulanza, divenne seminarista, quindi studente di diritto. Dopo d'aver dissipato 30 mila franchi in oggetti religiosi ed in quisquiglie, fu messo sotto un consiglio giudiziario. Minacciò la madre; e riconosciuto affetto da *monomania impulsiva con tendenza* irresistibile ad ubbriacarsi con etere inalato, fu accolto alla Salpêtrière, quindi in altri stabilimenti, da cui ripetutamente evase. Il dott. Légrand Du Saulle consigliò alla madre l'imbarcasse su un naviglio, che non toccasse terra. Così fu fatto; ma quegli trovandosi a Valparaiso riuscì a ritornare a Parigi senza però essersi ubbriacato coll'etere durante dieci mesi. Ma dopo questo tempo nuove ricadute nell'uso dell'etere. Egli usciva di casa, si faceva prestar denaro dal suo cocchiere, e giunto alla prima farmacia, chiedeva dell'etere, saliva in vettura e poi si ubbriacava e spesso per minacce alle guardie, al cocchiere, ecc., era portato alla polizia. Fu rimesso sotto il consiglio giudiziario e ricondotto in uno stabilimento d'alienati, ove lo si riconobbe affetto da dipsomania periodica. Avendo ferito un agente, fu messo in prigione e l'Autore fu incaricato di emettere il proprio giudizio sul di lui stato morale. Fu dichiarato irresponsabile; e dopo un certo periodo di calma, ricadde nei suoi eccessi, tanto che in meno di 15 giorni si fa arrestare in Parigi cinque volte; incorse perciò in due condanne correzionali e dopo altre recidive fu messo a Charenton. Il

dott. Légrand di nuovo incaricato dall'Autorità giudiziaria lo dichiarava abbrutito in seguito alla funesta azione dell'etere; egli presenta qualche istante di lucidezza mentale, ma è incapace di informarsi e governare sè stesso. Egli è spinto inconsciamente alla vanità, alla menzogna, ad un orgoglio, che supera ogni limite. Divenuto vizioso e perverso egli inventa all'occasione calunnie e lancia insulti contro gli agenti dell'autorità. In una parola egli è malato, ed irresponsabile sia in materia civile che criminale. — Interdetto dal Tribunale e dall'Appello tentò parecchie volte d'evadere da Charenton; nelle evasioni riprende le sue inalazioni d'etere, e si fa arrestare e ricondurre a Charenton. È quindi in istato di dipsomania cronica.

**La Névrose hypnotique devant la medecine légale; du viol pendant le sommeil hypnotique.** (*La nevrosi ipnotica davanti alla medicina legale*; *dello stupro durante il sonno ipnotico*); del dott. Ladame. In: *Ann. d'Hyg. pub. et de Med. légale.* Juin 1882.

L'Autorità Giudiziaria di Neuchâtel istruì un processo contro un giovane accusato d'aver violato e resa gravida una ragazza durante il *sogno magnetico* da lui provocato. Questa infatti dice d'esser stata ipnotizzata, senza averne accordato il permesso; d'essersi quasi svegliata e d'essersi vista distesa sul proprio letto col suo assalitore sopra di lei; avrebbe fatto sforzi per respingerlo, ma non aveva forza; e quando quegli vide ciò, l'addormentò più profondamente di prima; voleva gridare, ma non poteva, ecc. Il Magistrato pose al dott. Ladame i seguenti quesiti: 1.° Deve accogliersi come vera la narrazione della querelante? 2.° Può essersi compito il coito nelle condizioni indicate e senza coscienza per parte della donna? 3.° La volontà era talmente paralizzata, da non permettere nella vittima alcuna resistenza? 4.° È possibile il concepimento durante la mancanza di coscienza?

Il perito, ricordando alcuni casi di imputazioni congeneri (Coste 1858 — Auban 1865 — Tardieu 1878 — Brouardel 1879) e le discussioni scientifiche sollevate, rispose affermativamente al primo quesito; nota come sia conciliabile la narrazione della giovane rispetto a quella mezza coscienza, in cui afferma d'essersi trovata, poichè quando il sonno ipnotico non è profondo la coscienza può essere conservata fino ad un certo punto. Nel primo grado vi ha una specie di *assopimento* in cui il soggetto può eseguire un movimento, quando gli venga ciò comandato, e può imaginare di poter resistere; ma in realtà senza riescirvi, essendo paralizzata la volontà.

La giovane può quindi aver creduto di opporre una certa resistenza agli assalti del proprio seduttore, senza però aver compito alcun movimento che lo estrinsecasse. — Alla seconda domanda il perito rispose in modo affermativo, giacchè l'ipnotismo può cancellare ogni sensibilità. Alla 4.ª rispose esser paralizzata la volontà del paziente, quantunque questi possa compiere alcuni atti d'indole riflessa motorii

o psichici entro certi limiti imposti dal magnetizzatore. Nessun dubbio infine che nelle condizioni, in cui si trovò la giovane, fosse possibile la concezione, questa riducendosi infine ad un puro fenomeno di contatto dello sperma coll'ovulo, indipendente da ogni atto nervoso volontario o cosciente. Il perito però, per meglio rischiarare la verità, avrebbe pensato, come si notò ne' casi di Motet e di Macario, di far cadere la donna nel sonno magnetico. Durante questo può avvenire che il soggetto nell'accesso successivo a quello in cui fu vittima di qualche atto o ne abbia compiuto qualcuno, per l'attività incipiente e meramente automatica del cervello, riveli con parole o si atteggi nella posizione da lui presa nell'accesso ultimo trascorso.

Ma riflettendo alle gravi conseguenze, che potrebbero derivare da questo mezzo extragiudiziale, alla probabilità che negli accessi non si riproduca quanto occorse nei precedenti, l'Autore con tutta ragione si astenne da ogni proposta formale. — Malgrado le risposte abbastanza categoriche del perito, il Magistrato pensò di non far luogo a procedere contro l'imputato.

---

# RIVISTA DI OTOJATRIA

del dott. G. MORI

Direttore del Civico Ospitale di Brescia

---

John Roosa — *Studii clinici di otologia.*

S. Moos — *Sulle malattie dell'orecchio dei macchinisti e fuochisti delle ferrovie le quali possono recare dei pericoli alla società.*

Bürkner — *Delle malattie dell'orecchio negli impiegati della ferrovia.*

Terrillon — *Dell'otite sclerosa negli impiegati della ferrovia.*

Jacoby — *Delle sordità negli impiegati alle locomotive.*

Raynaud — *Dell'otite diabetica.*

Gurovitsch — *Sintomi auricolari nelle malattie di Bright.*

Doumergue — *Contributo allo studio dei disturbi auditivi nella malattia di Bright.*

George Field — *Significato del dolore come sintoma di malattia dell'orecchio.*

Schleimhaut — *Influenza dei nervi della cassa del timpano sulla secrezione della sua mucosa.*

Moos — *Alterazioni istologiche del labirinto nella pachimeningite emorragica.*

Moos — *Idem.*

Gerlach — *Esistenza di due ampolle sul canale semi-circolare orizzontale del labirinto osseo.*

J. Pallah — *Contributo alla istologia patolologica della cartilagine dell'orecchio.*

O. Wolf — *Sulla funzione della corda del timpano.*

Spalding — *Diplacusis biauralis.*

Ely — *Sulla raschiatura nella suppurazione cronica dell'orecchio medio.*

Nuapp — *Cura dell'eczema dell'orecchio col nitrato d'argento.*

Wilhelmi — *Statistica del sordo-mutismo in Pomerania e nel distretto di Erfurt.*

Sexton — *Sul falso udito e autofonia nei cantanti, oratori, e suonatori di certi istrumenti musicali.*

Urbantschitsch — *Sulle affezioni centrali del nervo acustico.*

Paul — *Sopra un nuovo segno di scrofola fornito dagli orecchini.*

Ladreit de Lacharrière — *Sulla congestione ed anchilosi delle articolazioni delle ossicina.*

Moos e Steinbrügge — *Sull'atrofia nervosa nella prima circonvoluzione cocleare, sua importanza fisiologica e patologica.*

Hedinger — *Sopra una speciale esostosi dell'orecchio.*

Boucheron — *Sulla patogenesi del sordo-mutismo.*

Adams — *Sopra certe relazioni anatomiche tra gli ascessi del cervello e le malattie auricolari.*

Kipp — *Sulle lacerazioni traumatiche delle membrane del timpano.*

Paquet — *Nuovo processo di miringoectomia applicabile al trattamento dell'otite sclerosa.*

Richardson — *Interessante caso di deformità congenita.*

Buck — *Perdita dell'udito in seguito ad orecchioni.*

Weil — *Inflammazione circoscritta desquammativa del condotto auditivo esterno.*

Charles Ripp — *Delle affezioni dell'orecchio da sifilide ereditaria.*

Ladreit-Lacharrière — *Sull'otite labirintica.*

**Clinische Beiträge zur Ohrenheilkunde.** (*Studj clinici di otologia*); di S. John Roosa e Edward T. Ely. In: *Zeitschrift für Ohrenh.* IX, p. 335.

I. Sordità in seguito ad un bacio sull'orecchio; immediatamente ronzìo violento, poi indebolimento della facoltà auditiva. Grande sensibilità ai rumori. Orologio = 0. Diminuzione della percezione ossea; aspetto normale dell' orecchio. — Diagnosi. — Commozione del labirinto.

II. Sincopi gravi in seguito ad una prudente irrigazione di acqua tiepida nell'orecchio e pulitura col porta-ovatta. Uomo di 40 anni affetto da otite media suppurata.

III. Sincope profonda dopo aver praticato il processo di Politzer. Giovane di 19 anni, nervosa ed anemica. Alla seconda visita eguale accidente.

IV. Cantante. Otite media suppurata destra, rumore da perforazione. Quando ella emette dei suoni alti prova delle vertigini e le note appajono false; all'incontro, tutte le note del pianoforte sono ben percepite.

V. Ascesso primitivo al disopra dell' apofisi mastoidea senza lesione dell'orecchio. Probabilmente una periostite. Bambino di 6 anni.

VI. Depressione intellettuale, per cerume; guarigione in seguito alla estrazione di questo.

Gli Autori ricordano poi dei casi di suppurazione della cassa, nei quali lo scolo cessato da lungo tempo o recentemente, venne sostituito da una secrezione mucosa, assai viscida che riempiva la cassa e probabilmente l'apofisi, di difficile evacuazione e che si rinnovava continuamente dando luogo a cefalalgie, a disturbi dell' udito, ecc. Dopo la paracentesi venne tale umore evacuato mediante l'aspirazione con una siringa ad imbuto lungo e flessibile come si fa per il canale lacrimale.

**Ueber die Ohrenkrankheiten der Locomotisführer und Heizer, welche sociale Gefahren in Sich bergen.** ( *Sulle malattie dell'orecchio nei macchinisti e fuochisti delle ferrovie, le quali possono arrecare dei pericoli alla società*) ; di S. Moos. In : *Zeitschr. f. Ohrenh.* IX, 4, p. 370.

Ecco le conclusioni a cui giunge l'Autore: 1.° Nei macchinisti e nei fuochisti l'esercizio della loro professione determina presto o tardi dei disturbi nell'orecchio con notevole diminuzione della facoltà auditiva di solito bilaterale; avviene forse più di frequente e più presto in coloro che viaggiano sulle linee di paesi montuosi (in causa delle gallerie e dei raffreddamenti che esse producono). 2.° Questa sordità acquisita sembra più pericolosa, dal punto di vista dei segnali, della cecità dei colori; difatti qui si tratta d'una anomalia congenita che si può determinare al momento dell'ammissione al servizio, mentre la sordità è acquisita ed avviene assai lentamente ed all'insaputa del malato: questi non se ne accorgerà che per caso, ad esempio, quando un raffreddamento o un trauma faranno vieppiù diminuire od anche abolire l'acuità auditiva d'uno o di ambo i lati. 3.° La proporzione di queste malattie non può stabilirsi che mercè numerosi dati statistici. Ciò nullameno esse si danno certamente e quando anche non costituiscono che una piccola parte delle malattie di siffatte persone sono sempre di grande pericolo per il pubblico. 4° L'esplorazione dell'orecchio deve essere fatta con grande cura prima dell'ammissione; essa non può ne deve essere affidata che ad un medico specialista, o che almeno sappia esaminar bene un orecchio e determinare esattamente il suo stato funzionale. 5.° Prima di passare macchinista un fuochista, a servizio da lungo tempo, deve essere visitato di nuovo. 6.° Prima di ammettere definitivamente un impiegato sarebbe buona cosa fargli sapere che il suo udito può indebolirsi per la professione, e che egli deve avvertire chi di ragione dal momento che si accorgerà di tale indebolimento. 7.° I medici pure devono avvertire la compagnia dal momento in cui s'accorgono della sordità in un fuochista o in un macchinista. 8.° Per evitare ogni pericolo, è bene fare l'esame ogni due anni, e più spesso ancora sulle linee o gallerie.

**Ueber Ohrenkrankheiten bei Eisenbahndiensten.** (*Delle malattie dell' orecchio negli impiegati ferroviari*); di R. Bürkner. In: *Archiv. für Ohrenh.*, p. 8, febb. 1881.

Bürkner porta il suo contingente allo studio cominciato da Moos. Egli fa con ragione osservare che non bisogna limitare l'esame ai fuochisti ed ai macchinisti, ma occorre estenderlo anche agli altri impiegati e principalmente ai cantonieri ed ai sorveglianti. Quantunque non si possa trarre una conclusione dalle sue osservazioni ancora poco numerose, pure si vede che gli operaj sulle strade ferrate sono affetti d'ogni malattia d'orecchi, generalmente acuta, come ogni altro individuo che la-

vora all'aria libera, mentre che i macchinisti ed i fuochisti vanno soggetti più di frequente al catarro cronico con tendenza alla sclerosi. Nello stesso tempo l'affezione attacca anche il nervo acustico, giacchè la percezione ossea è indebolita, vi è senso di forte ronzio, spesso senza causa anatomica nell'apparato di trasmissione, ed i suoni alti sono punto o male percepiti, anche quando la percezione della voce è ancora buona. Di più la doccia d'aria non apporta alcun miglioramento nella percezione ossea. V'ha una commozione del nervo analoga a quella che si produce nei calderai, fabbri, ecc.

Parecchi casi di Moos sono analoghi ai suoi; la lesione del labirinto e quella nell'orecchio talora sono indipendenti, talora contemporanee, talora la prima è consecutiva alla seconda.

**De l'otite scléreuse chez les employés de chemin de fer.** (*Dell' otite sclerosa negli impiegati delle ferrovie*); di Terrillon. In: *Soc. de Chir.*, 13 luglio 1881.

L'Autore ha osservato in un impiegato ferroviario un'otite sclerosa, manifesta specialmente da un lato, ciò che spiega come la lesione sia passata inosservata. Un medico della ferrovia del Nord, Perrier, ha potuto osservare un certo numero di cofosi acquisite negli impiegati al servizio di detta linea.

**Ueber Schwerhörigkeit von Locomosirbeamten.** (*Delle sordità negli impiegati di locomotive*); di Jacoby. In: *Archiv. f. Ohrenh.* XVII, 4 1881.

L'Autore ha esaminato tutto il personale viaggiante alla stazione di Breslavia, e sopra 80 individui trovò soltanto 2 sordi ed anche questi in grado discreto. Un gran numero di medici delle compagnie ferroviarie gli hanno comunicato analoghi risultati; egli ha poi potuto notare in certi macchinisti una grande finezza d'udito dopo 30 anni di servizio. Perciò egli si crede in grado di concludere:

1.° La diminuzione precoce della facoltà auditiva oppure la predisposizione maggiore alle malattie dell'orecchio nei macchinisti e nei fuochisti non è vera in tesi generale. Bene inteso che bisogna fare attenzione alle circostanze eccezionalmente sfavorevoli accennate da Moos, come, ad esempio, le linee con numerose gallerie;

2.° Un esame attento di questi impiegati è necessario prima della loro nomina; non è però indispensabile ripeterlo spesso, come, ad esempio, ogni 2 anni; basterebbe comportarsi come per la ricerca della cecità dei coloni;

3.° Il pericolo derivante dalla sordità degli impiegati alle locomotive, senza parlare degli accidenti apoplettiformi, è minore di quello dovuto alla cecità dei colori, poichè la continua necessità di parlare fra loro svela all'uno l'infermità dell'altro. Se esiste la paracusia del Willis, cioè se la cofosi diminuisce in mezzo al rumore, il pericolo non esiste più durante la corsa del treno;

4.° I macchinisti devono tuttavia svelare quelle qualunque sordità sia sopravvenuta a loro o al loro fuochista e farsi curare;

5.° Il medico delle compagnie deve fare a tale proposito una minuta esplorazione. In caso di necessità farsi compagno uno specialista.

**De l'otite diabétique.** (*Dell'otite diabetica*); di Maurice Raynaud. In: *Annales des mal. de l'oreille*, mai 1881.

Trattasi di persona affetta da grave diabete alla quale, nel periodo di risoluzione d'una anasarca senza lesione di cuore o dei reni, sorse nell'orecchio destro un vivo dolore che scomparve dopo qualche ora per dar luogo ad una abbondante emorragia dal condotto uditivo. All'indomani fuori usciva goccia a goccia una sierosità sanguinolenta la quale si fece ben presto pura e non conteneva zucchero come quello dello scroto; ad esempio, pochi leucociti, albumina. Alla parte superiore della membrana del timpano si rileva una piccola perforazione attraverso la quale si faceva strada la sierosità. A capo di 10 giorni non si aveva che un'otorrea persistente fino alla morte, avvenuta 23 giorni dopo l'insorgenza dell'affezione auricolare. Alla necroscopia: nella cassa fungosità rosse e sanguinanti, liquido rossastro purulento nelle cellule mastoidee; la sostanza ossea « assai injettatta, marmorizzata a chiazze presenta tutti i caratteri dell'infiammazione del tessuto osseo », orecchio interno normale. L'Autore crede trattarsi d'un semplice trasudato, in quanto che il liquido conteneva leucociti, zucchero punto, ed usciva da un orecchio solo. Egli ammette la natura infiammatoria della malattia insistendo sull'alterazione del tessuto osseo, fatto comune nei diabetici.

**Zur Frage der Ohrsymptome bei der Brightischenkrankheit.** (*Sintomi auricolari nella malattia di Bright*); di Gurovitsch. In: *Berliner med. Wochenschrift*, p. 42, 1880.

L'Autore rammenta dapprima i lavori di Royer, Rosenstein, Dieulafoy sugli sconcerti dell'udito nella malattia di Bright. Riporta in seguito una osservazione, nella quale un uomo affetto da nefrite parenchimatosa consecutiva ad un'antica infezione da malaria fu colto, oltre che dal solito anasarca, da edema della metà destra della faccia con diminuzione di udito e ronzio nell'orecchio corrispondente. Si trovò una perforazione della mucosa timpanica; più tardi si formò un ascesso al davanti del condotto auditivo.

L'edema si estendeva al lato sinistro ove si produsse una otite media con perforazione. Alla necroscopia, la mucosa timpanica era grossa e gonfia con secrezione mediocre.

**Contribution à l'étude des troubles auditifs de la maladie de Bright.** (*Contributo allo studio dei disturbi auditivi nella malattia di Bright*): di A. Doumergue. *Thèse de Paris*, 1881.

Fatta la storia completa della questione nella quale l'Autore cita Ro-

senstein, Fournier, Lécorché, per l'accesso uremico, Dieulafoy (*France médicale*, 24 fev. 1877. — *Gaz. Hebdom.*, 25 janv. 1878), Vissot (*Th. de Paris*, avril 1878), Schwartze (*Archiv. für Ohrenh.*, 1868) e Gurovitsch per il morbo di Bright propriamente detto, ricorda un certo numero di osservazioni di nefriti con disturbi della facoltà auditiva. Questi disturbi, che secondo lui, si danno nella metà dei casi, consistono in semi-sordità uni o bilaterale con o senza rumori; i quali, se esistono, sono intermittenti e non persistono per tutta la durata della malattia; lo stesso fatto accade anche rispetto alla sordità che inoltre è spesso meno manifesta nel mattino che verso sera. Quando però la sordità è più grave, è anche più ostinata. Questa variabilità manca naturalmente quando la cofosi è dovuta ad una lesione dell'apparecchio di trasmissione. I sintomi da parte dell'orecchio sono legati in genere al manifestarsi dell'anasarca, ma essi possono costituire i primi sintomi della malattia ed apparire anche qualche tempo prima degli altri. Da ultimo, secondo Dieulafoy, nella forma della malattia di Bright si può avere albuminuria accompagnata da nessun altro sintoma meno da parte dell'organo dell'udito. — Quanto alla causa anatomica talora si trovano lesioni dell'orecchio (caso di Schwartze, di Gurovitsch) tal'altra, mancando queste, si è condotti ad ammettere una perturbazione nelle parti centrali analoga alle manifestazioni oculari della malattia di Bright; secondo Rosenstein, Dieulafoy e l'Autore si tratterebbe di un edema del nervo acustico, ma a nostro avviso sarebbe piuttosto un edema del nervo e dei centri auditivi. Quanto all'indebolimento permanente dell'udito senza lesione dell'apparecchio di trasmissione, l'Autore senza però affermare cosa alcuna, suppone l'esistenza nell'orecchio di lesioni analoghe a quella della retinite albuminurica.

**The value of pain as symptome of ear disease.** (*Significato del dolore come sintoma di malattie dell'orecchio*); di George P. Field, In: *The Practitioner*, mars 1881.

L'Autore in quest'articolo cerca sovrattutto di mettere in guardia i medici contro la produzione e l'evoluzione dell'otite media acuta suppurata e le terribili complicazioni cerebrali che possono risultarne. I dolori dovuti ad una causa interna, aventi sede nel condotto uditivo esterno, non terranno a lungo in dubbio; l'esame diretto permetterà di determinare la lesione da cui essi dipendono.

I dolori dell'otite catarrale sono poco intensi; il freddo, i disturbi gastrici ne sono la causa più frequente.

I dolori dell'otite media suppurata sono assai violenti, tenebranti ed accompagnati da febbre, cefalalgia, agitazione, vertigini, nausee, vomiti. Questi sintomi simulano una meningite.

In tal caso bisogna intervenire ed energicamente per scongiurare maggiori pericoli. Se la pelle è rossa, edematosa a livello dell'apofisi mastoidea, occorre inciderla, applicare delle sanguisughe; pungere la

membrana del timpano se appare lesa, convessa. In questo modo solamente si potrà evitare la penetrazione del pus nella cavità cranica e lo sviluppo d'una meningite mortale.

**Ueber der Einfluss der Nerven der Paukenhöhle auf die Secretion ihrer Schleimhaut.** (*Influenza dei nervi della cassa del timpano sulla secrezione della sua mucosa*); di E. Berthold (53.ª riunione dei naturalisti e medici tedeschi a Danzica, XXI Sezione. In: *Archiv. für Ohrenh.* XXVII, p. 217.

Gellè (*Gaz. Méd. de Paris* 1878), ammette che la sezione del trigemino, esercita un'influenza sulla vascolarizzazione della cassa. L'Autore, sopra 18 casi di sezioni del nervo, osservò formarsi sulla parete ossea un essudato talora sieroso, tal'altro purulento oppure emorragico. Gli animali sopravvivono dai 4 ai 15 giorni dopo l'operazione.

In una seconda serie di esperienze, la radice del 5.° pajo fu tagliata nel bulbo; 9 volte su 10 si ebbero alterazioni nella mucosa timpanica 2 volte iperemia e imbibizione, 7 volte essudato sieroso e emorragico. Nei 3|5 dei casi la stessa alterazione, ma in grado minore si produceva dal lato sano. L'estirpazione del ganglio cervicale superiore e quelle del glosso faringeo non producono nulla di simile. L'Autore ammette adunque che la mucosa timpanica del coniglio non è influenzata dalle lesioni del simpatico e del glosso-faringeo, mentre che quelle del trigemino vi producono lesioni di materia infiammatoria.

**Ueber die histologischen Veränderungen des Labyrinths bei der haemorragischen Pachymeningitis (Hematoma duramatris).** (*Alterazioni istologiche del labirinto nella pachimeningite emorragica*); di Moos. In: *Zeitschrift für Ohrenh.* IX, p. 97, 1880.

Il malato affetto da paralisi generale con delirio d'ambizione ed allucinazioni auditive, aveva avuto tre accessi di paralisi, accompagnati da indebolimento dell'udito. Alla necroscopia si trovarono sulle fauci interna della dura madre gran numero di false membrane grigie ma senza focolai emorragici di data recente. V'erano molti focolai emorragici microscopici lungo i nervi e le vene, ad esempio, nell'otricolo, nel canale del Rosenthal, fra i foglietti della lamina spirale ossea, fra il vaso spirale e la zona dentata, in generale più a sinistra che a destra; essi erano a periodi differenti di riassorbimento e disaggregazione pigmentaria, mentre che il labirinto destro presentava dei segni di atrofia e di degenerazione. Di più nel labirinto sinistro si notava una infiltrazione di piccole cellule nelle cavità membranose, cioè dei sintomi di infiammazione. Congestione intensa; a sinistra le arterie della rocca presentarono una infiltrazione cellulare delle loro pareti, e a destra un semplice ingrossamento.

Il vaso spirale sinistro era parzialmente obliterato; si trovarono embolie di grasso ne'capillari, fatto che l'Autore crede accidentale. La dege-

nerazione era specialmente manifesta nella rocca petrosa di destra; le cellule che rivestirono le parti molli del labirinto erano in istato di degenerazione grassa e desquamata; goccioline di grasso occuparono anche questi parti molli sotto forma di focolaj; così pure nei canali semicircolari e nelle loro ampolle si trovava una degenerazione grassa con disgregamento e perdita dell'epitelio. I nervi assai molli presentavano tutti i gradi dell'atrofia; le cellule terminali delle creste acustiche erano jaline e senza nucleo; lo stesso fatto si riscontrava in qualche cellula ciliata esterna dell'organo del Corti. Da ultimo nell'epitelio dei canali semicircolari a nel suo substrato connettivo, si scorgevano dei globuli jalini speciali, simili a quelli che Recklingheusen e Wieger han definito nella degenerazione jalina dei gangli linfatici. Secondo Moos, tutte queste alterazioni si debbono attribuire ed emorragie per diapedesi che accompagnano le emorragie delle meningi e che col loro ripetersi possono portare l'abolizione della funzione.

**Idem.** (*Zeitschrift für Ohrenheilk.* X, p. 102, 1881).

Questo secondo caso non differisce dal precedente che nel fatto che essendo stata la malattia molto più certa, alla faccia interna della dura madre si trovò soltanto un lieve strato di colorito rugginoso.

Le lesioni del labirinto erano bene diverse. Nel caso precedente non v'erano emorragie macroscopiche, in questi invece se ne scorgevano in varj punti, ad esempio, sulla parete inferiore della porzione trasversa del canale di Falloppio e in prossimità dei nervi acustici nel meato uditivo interno. Quanto alle emorragie microscopiche esse aveano sede fra i fasci del nervo vestibolare vicino alla sua origine e in tutto il nervo cocleare fino alla sua entrata nella coclea.

La degenerazione pigmentaria considerevole nel 1.° caso per le ripetute emorragie, in questo secondo ove se n'ebbe solamente una, era meno manifesta; inoltre i vasi del labirinto non erano normali e le emorragie erano dovute a disturbi di circolo. La breve durata ed il grado lieve della malattia spiegano la mancanza dell'infiammazione nel labirinto o dell'atrofia — il nervo e le sue espansioni terminali, la lama basilare, l'organo del Corti erano normali. Era quindi possibile il ritorno delle parti al loro stato normale e la scomparsa dei disturbi funzionali.

**Ueber das Vorkommen von zwei Ampullen aus dem äusseren (horizontalen) Bogengange des Knöchernen Labyrinthes.** (*Esistenza di due ampolle sul canale semicircolare orizzontale del labirinto osseo*); di Leo Gerlach. In: *Sitzungsberichte der physicalisch-medicinischen Societät in Erlangen.* Seduta del 10 novembre 1879.

Sul temporale sinistro l'estremità posteriore del canale semicircolare esterno aveva subito una dilatazione ampolliforme in corrispondenza

del suo sbocco nel vestibolo. L'Autore suppone che il canale membranoso presentasse la stessa anomalia. Egli non potè esaminare il temporale destro.

**Beitrag zur pathologischen Histologie des Ohrknorpels.** (*Contributo all'istologia patologica della cartilagine dell'orecchio*); di J. POLLAK. In: *Monatschr. für Ohrenh.*, p. 7, 1879.

Alcuni soggetti non alienati, presentavano sulla porzione cartilaginea del condotto uditivo e specialmente sull'antelice della nodosità di volume diverso di un grano di miglio a quello d'una lente: l'Autore ha fatto dopo la loro morte l'esame istologico della cartilagine dell'orecchio. Tagliate, queste nodosità, presentavano ad occhio nudo delle alterazioni manifeste della cartilagine reticolata la quale offriva delle vere escavazioni. La struttura della cartilagine corrispondeva in genere alla descrizione di Farreidt e di L. Meyer, cioè condromalacia nel primo periodo, con metamorfosi jalina e disaggregazione fibrillare, nel secondo periodo fusione e comparsa di cavità. Ma su altri preparati il reperto era tutt'altro: si trovava ancora disaggregazione della cartilagine, ma nulla più; inoltre ella era percorsa da una cavità a bordi dentellati irregolari completamente riempiti da un cordone orlato di fibre elastiche ondulate, parallele, coll'aspetto del tessuto connettivo. Nel centro di questo cordone esisteva una striscia scura larga quanto una quarta parte del cordone stesso. Impossibile decidere, se era un vaso. Contrariamente alla descrizione di Gudden, riguardo alle proliferazioni congiuntive nelle cartilagini dell'orecchio, questo cordone non era in connessione col pericondrio, sano del resto, in nessun punto della preparazione lunga circa mezzo centimetro.

**On the function of the Chorda Tympani** (*Sulla funzione della corda del timpano*); di WOLF. In: *Archiv. of Otol.*, 1880.

Il dott. Oscar Wolf fece qualche osservazione sopra un paziente in cui la corda del timpano fu tagliata nell'incidere la piega posteriore della membrana del timpano. Vi fu perdita completa del gusto e insensibilità all'eccitazione tattile e termica sopra un'area rappresentata da un triangolo rettangolo, di cui l'ipotenusa era formata dal margine della lingua e il lato più lungo (linea mediana della lingua) era due centimetri in lunghezza. La paralisi di gusto e di senso comprese consecutivamente anche la punta della lingua.

SPALDING. — **Diplacusis biauralis.** (*Sulla diplacusis biauralis*).

Il dott. Splading, che soffriva un'otite media catarrale cronica, dopo aver esposto il suo orecchio sinistro a un intenso rumore di una macchina in una ferriera, ammalò di ronzio negli orecchi e di doppia audizione, consistente in quattro note $G^2$, G acuto, $A^2$ e A acuto, udite normalmente nell'orecchio destro, mentre nel sinistro erano udite un

terzo meno. Dopo poche ore le note seguenti si trovarono alterate in simile modo, per esempio, G acuto², A², A acuto², e B². Il giorno appresso il tono falso era scomparso. L'Autore attribuisce come causa del fenomeno un aumento di pressione nel labirinto, secondaria e dipendente da qualche subitaneo cambiamento nell'orecchio medio.

**Skingrafting in chronic Suppuration of the middle Ear.** (*Sulla raschiatura nella suppurazione cronica dell'orecchio medio*); di Ely. In: *Arch. Otol.* New York 1880, IX, 343.

Il dott. Ely ha operato in nove casi, ma con risultati che, giudicando del breve resoconto che ha dato di tre, non sono molto brillanti. La riparazione della raschiatura seguiva entro pochi giorni nella maggior parte dei casi, ma l'Autore pensa che in qualche caso l'operazione avea maggior effetto stimolando la cicatrizzazione, quando anche appariva succedere la riparazione della raschiatura.

Nuapp. — **Cura dell' eczema dell' orecchio col nitrato d'argento.** (*The Lond. Med. Record*, 1881).

Il dott. Nuapp preferisce il trattamento di questa affezione col nitrato di argento a tutti gli altri metodi. Il sistema è il seguente. Dopo che la superficie eczematosa è stata perfettamente pulita e rimossa il meglio possibile le croste, si asciuga e si pennella con una soluzione di nitrato d'argento dell'uno al tre per 0|0, tenendo allora una spugna bagnata sulla pelle immediatamente sotto le parti ammalate, affine di impedire che una parte della soluzione coli abbasso. Le parti si coprono allora con filaccia o bambagia, che, se vi è secrezione, possono spalmarci di unguento semplice o di unguento mercuriale all'uno per 0|0. Questo processo devesi ripetere dal chirurgo ogni giorno, mentre ogni sera il paziente pulisce l'orecchio e ripete le unzioni. L'Autore ha trovato questo trattamento sufficiente a condurre una cura del principio alla fine, ma nello stadio ulteriore può usarsi con vantaggio l'olio *rusci*. (?)

Wilhelmi. — **Deaf-mute Statistics in the Province of Pomeraria and the district of Erfurt** (*Sulla statistica dei sordo-muti della Provincia di Pomerania e del distretto di Erfurt*). In: *London Medical Record*, 1881.

Il dott. Hartmann riferisce un estratto della statistica di Wilhelmi contenente molti fatti interessanti. Il materiale di Wilhelmi è troppo scarso, egli pensa, per autorizzarci a formulare una regola intorno all'influenza del matrimonio fra consanguinei come causa di sordo-mutismo nei figli. In riguardo alla propagazione del sordo-mutismo col matrimonio Wilhelmi così conclude: 1.° I sordo-muti raramente trasmettono la loro deformità alla prole (l'esperienza mostra che gli ultimi discendenti sono più danneggiati). 2.° I matrimonii dei sor-

do-muti in generale non sono molto fecondi. Wilhelmi considera l' alcoolismo nei parenti come un fattore molto importante nella produzione del sordo-mutismo nei figli.

SEXTON. — **On false-hearing and authopony in singer, speakers, and performers on certain musical istromenti.** (*Sul falso udito e autofonia nei cantanti, oratori e suonatori di certi istrumenti musicali*).

Secondo l'Autore, il falso udito dipende dalla circostanza che in certi stati morbosi dell'orecchio, il meccanismo conduttore non solo lascia che si odano suoni entro il corpo, che usualmente non si odono, ma che è insufficiente a trasmettere nel modo normale al nervo auditivo: suoni che vi giungono attraverso l'aria circumambiente. L' Autore sostiene l'opinione che le ondulazioni dei suoni nel parlare, cantare, ecc., sebbene sempre trasmesse agli orecchi attraverso i tessuti vicini come pure dell'aria, sono escluse nello stato normale del meccanismo di trasmissione: altre volte vi può essere confusione per interferenza, mentre nei casi precedenti la voce è percepita direttamente attraverso i tessuti della testa ed è falsa in riguardo all'intensità e al timbro. L'Autore riferisce brevemente undici casi di varie malattie dell'orecchio, in cui vi era falso udito. Un punto pratico che egli accentua è che i cantanti, così ammalati, frequentemente credono di avere qualche male di gola che modifichi la loro voce, mentre in realtà è solamente l'orecchio che è ammalato e che dà origine alla falsa audizione.

URBANTSCHITSCH. — **Sulle affezioni centrali del nervo acustico.** (*The London Med. Rec.* Dec. 1881).

Urbantschitsch riferisce i quattro casi seguenti: Il 1.° caso era di sordità funzionale in un caso di isterismo, con trasporto dei sintomi auricolari sotto l'influenza del magnete al lato opposto. Il 2.° caso era di sordità per la parola in un paziente sifilitico, insorta dopo l'esposizione al freddo. L' Autore la riferisce ad affezione sifilitica del cervello. Il 3.° caso era di sordità bilaterale, in conseguenza di lieve colpo, che l'Autore attribuisce a piccola effusione di sangue nella regione del quarto ventricolo. Il 4.° caso era di sordità istantanea dopo profusa epistassi. Alla necroscopia mancando ogni lesione in rispetto alla sordità, l'Autore considera il caso analogo a quelli in cui grandi perdite di sangue inducono improvvisa amaurosi di ambo gli occhi.

PAUL. — **Sopra un nuovo segno di scrofola fornito dagli orecchini.** (*The London Medical Record*, 1881).

Il prof. Paul in una serie di articoli descrive dapprima un caso di eczema dell'orecchio consecutivo a perforazione del lobulo, tanto come un fatto seguito a un' insignificante operazione, quanto per così dire, una malattia costituzionale latente. Il lato importante di questo sag-

gio riguarda un'altra questione interessante, cioè l'effetto delle malattie costituzionali sulla guarigione delle operazioni cruenti, come è provato dalle deformità del lobulo lasciata dopo la perforazione degli orecchi nei soggetti scrofolosi. L'attenzione dell'Autore fu attratta su questo soggetto da oltre sedici anni. Sono dati brevi dettagli di 120 casi, la gran maggioranza dei quali consiste di cicatrici verticali in uno o in ambo i lobuli, spesso multiple in ciascun orecchio, e qualche volta sostituite o accompagnate da fessure nel lobulo. In cinque casi vi fu la precedenza di violenza (stiramento degli orecchini) come causa della deformità. L'Autore ne trae le seguenti conclusioni. Il processo ulcerativo, che tien dietro alla perforazione degli orecchi, non è un accidente passeggero o immediato della operazione, ma ha sempre un decorso lento e cronico. In 51 casi il tempo impiegato dalla ulcerazione a raggiungere l'orlo libero del lobulo si trova variare da varii mesi e venti anni, essendo la lunghezza media del tempo circa 4 anni e due mesi. Il fatto che in molti, cioè il 79 per 100 dei casi, le cicatrici sono multiple, depone, secondo l'Autore, per la loro origine costituzionale. Di 116 casi in cui vi era deformità auricolare, 96 presentavano o cicatrici scrofolari o le tracce di altre affezioni scrofolari. Da questo risulta che nella maggioranza dei pazienti che presentano cicatrici, il risultato di un processo ulcerativo per più o meno tempo dopo la perforazione del lobulo dà segni evidenti di scrofola: ed è probabile che la proporzione sia anche più grande di quello che appare dei numeri sopra detti, essendo gli antecedenti scrofolari indubbiamente sfuggiti all'osservazione siccome risultati di istorie imperfette. La specie del metallo di cui è composto l'orecchino, secondo l'Autore, non ha influenza sull'ulcerazione; ma dice che il peso dell'orecchino entri come un importante fattore ad accelerare il processo ulcerativo. L'Autore conclude che in generale ogni uomo in cui le cicatrici prodotto dalla perforazione degli orecchi non abbiano forma di semplice orificio, ma di un orificio con gonfiore o sono sostituite da una sezione o da una cicatrice (?), è un soggetto scrofoloso. Egli ritiene questo segno di scrofola non senza valore nella scelta della nutrice. L'Autore finalmente si pronuncia contro la pratica di perforare gli orecchi in soggetti, che sono manifestamente scrofolosi, ma fa un'eccezione in favore dei casi in cui si fa la perforazione come un derivativo per l'ottalmia scrofolare, nelle quali circostanze gli orecchini si possono riguardare come setone applicato ai lobuli degli orecchi a scopo terapeutico.

LADREIT DE LACHARRIÈRE. — **Des engorgements et de l'ankylose des articulations des osselets de l'ouïe.** (*Sulla congestione e anchilosi delle articolazioni degli ossicini dell'udito*). In: *Ann. des med. de l'oreil, etc.* Mai 1881.

Secondo l'Autore, lasciato da parte il catarro che è una causa molto comune di questa affezione, le diatesi che danno origine a questa forma di

lattia auricolare sono l'artritica (reumatismo e gotta, anche migrante), l'erpetica e la sifilitica. Egli ha osservato parecchie volte un' affezione degli ossicini coincidere colla scomparsa del reumatismo della spalla e del collo e viceversa. Le congestioni sifilitiche succedono solamente nell'ultimo stadio della malattia e non hanno contrassegno distintivo. In aggiunta alla cura delle diatesi presente in ogni caso speciale, l'Autore raccomanda l'amministrazione interna del joduro di potassio (1/2, 1 grammo al giorno), l' applicazione di unzione dello stesso ai processi mastoidei, e l'instillazione di una soluzione dello stesso sale nel meato di notte tempo, ed anche l'insufflazione dell' orecchio medio con aria impregnata di vapori di jodio.

Moos e Steinbrügge. — **Nerve-atrophy in the first coclear convolution, etc.** (*Sull'atrofia nervosa nella prima circonvoluzione cocleare; sua importanza fisiologica e patologica*). In: *Arch. of Otolog.* March 1881.

In un caso di carcinoma della circonvoluzione destra anteriore centrale, non involgente direttamente il labirinto. Moos e Steinbrügge trovarono l'atrofia quantitativa delle fibre nervee nella lamina spirale ossea della prima circonvoluzione cocleare. L'indebolimento dell'udito per i toni più alti, che si osservò in questo caso, conferma l'ipotesi di Helmholtz, che le fibre nervee nelle vicinanze della finestra rotonda sembrano destinate alla percezione dei toni alti, mentre quelle situate più alto sono destinate alla percezione dei toni più bassi.

Hedinger. — **On a peculiar exostosis in the Ear.** (*Sopra una speciale esostasi nell'orecchio*). In: *Archiv of Otology.* March. 1881.

Nel caso dell'Autore vi era un tumore dell'osso, duro, sorgente dalla parete superiore e posteriore del meato, che divenne visibilmente più piccolo sotto l'introduzione giornaliera di tente di laminaria. Rimessa una porzione collo scalpello ed esaminata istologicamente, mostrò una proliferazione infiammatoria delle papille e del tessuto connettivo con deposizione di calce (metamorfosi ossea). Sotto la cura la superficie del tumore divenne liscia e pallida. Tuttavia occupava ancora metà lume del meato: senonchè appena cessato ogni sintomo infiammatorio, l'Autore esclude la sifilide come causa in 40 casi che egli ha visti. Esso li trovò frequentemente associati con qualche altra malattia dell' orecchio, come il catarro cronico o la suppurazione della tromba.

Boucheron. — **Sulla patogenesi del sordo-mutismo.** (*Soc. de Med.* May 1881).

L'Autore ripeteva alla Società Medica del sesto Circondario di Parigi, 30 maggio 1881, le sue opinioni riguardo al catarro naso-faringeo come causa del sordo-mutismo. Mostrava che dieci sordo-muti erano attualmente sotto cura, dei quali sei aveano cominciato leggermente

a ricuperare il loro udito. Nella discussione che seguì, il Macheład sostenne che l'organizzazione cerebrale dei sordo-muti era imperfetta.

ADAMS. — **Su certe relazioni anatomiche tra gli ascessi del cervello e le malattie auricolari.** (*Glasgow. Med. Journal.* Jan. 1881).

In questa Memoria gli argomenti dell'Autore sono i seguenti: 1.° Le malattie auricolari sono più frequenti nei primi che negli stadj più avanzati della vita, e gli scoli purulenti dall'orecchio seguono la stessa legge; a sostegno di che cita le statistiche di Kramer, Wilde e Roosa. 2.° Contrariamente a quello che si possa aspettare e a quello che comunemente si crede l'ascesso e la suppurazione nel cervello, sia chiusa in cisti sia diffusa, è molto più frequente nell'avanzata che nell'età giovane. L'Autore ha formato un quadro di 105 casi di ascessi del cervello dovuti a cause varie secondo differenti Autori, da cui appare che il 5 per 100 dei casi occorsero nella giovinezza e circa il 72 per 100 negli adulti. In un'altra tavola, di 80 casi di ascessi del cervello, o sorti esclusivamente o direttamente accompagnati da malattia auricolare, l'11 per 100 solo occorse nella giovinezza e il 63 per 100 negli adulti. 3.° Vi sono peculiarità anatomiche di struttura dell'organo dell'udito, differenti nell'infante e nell'adulto, e che spiegano la maggiore frequenza degli ascessi del cervello nell'adulto prodotti da malattie dell'orecchio. In questo capitolo l'Autore accenna alle differenti condizioni del processo e delle cellule mastoidee riscontrate nei differenti periodi della vita. In riguardo alla mancanza del tetto del timpano, che Toynbee trovò in 5 per 100 dei casi, considera che la maggioranza dei casi dove vi era questa anomalia, doveva essere stata patologica: di oltre 100 cranii, che l'Autore ha esaminato accuratamente, in nessuno vi era una tale mancanza. Nei fanciulli, osserva l'Autore, lo scolo purulento è quasi affatto esterno, poichè il pus trova meno difficoltà e un facile scolo alla superficie esterna attraverso la sottile ed imperfetta sutura che forma l'unione della squama col processo mastoideo dell'osso temporale, di dietro e vicino al meato. 4.° In date condizioni vi è uno stato anomalo della circolazione cerebrale per cui vi è una connessione vascolare diretta tra l'orecchio e il cervello. In questa connessione l'Autore per primo mostrò come il seno laterale si inflammi, riceva della materia settica trasportata dal timpano e dalle cellule mastoidee e divenga più o meno otturato per varie cause. Qualunque sia la causa dell'ostruzione, tuttavia, il circolo del sangue essendo arrestato appunto ove dovrebbe uscire dal cranio si deve sostituire nei seni una corrente inversa di sangue venoso. Ma essendo i seni materialmente non dilatabili, tutti i vasi collaterali sono sovracaricati per trasportare fuori il sangue accumulato. Il seno petroso superiore del lato affetto, che è riempito dalle vene della superficie inferiore del lobo ce-

rebrale medio ed anche dalle vene del timpano e dell'orecchio interno, è il primo a divenire sopracarico. Le vene cerebrali e cerebellari e i seni petroso inferiore e longitudinale, possano pure ricevere una parte della corrente inversa. Queste vene sebbene sieno dilatabili ed abbiano pareti eccessivamènte sottili, sotto la distensione sono costrette a farsi varicose. L'effetto di questa distensione varicosa è una continua e localizzata pressione sulla delicata superficie del cervello con conseguente edema ed insufficiente nutrizione. Epperò, osserva l'Autore, questo processo morboso è molto complicato e ci spinge a curarlo come un'altra forma morbosa, come la suppurazione, senza riguardo affatto alla possibilità del deposito di materia settica, che se si fa nel seno laterale, ha, per il circolo appunto descritto, diretto accesso alla superficie del cervello. L'Autore conchiude col richiamare l'attenzione sull'importanza di una pronta e seria considerazione sulla condizione morbosa comunemente chiamata, scolo d'orecchi, e sul probabile, anzi certo valore che si dovrebbe annettere all'operazione della trapanazione dell'osso mastoideo nei casi di ritenzione di pus.

**Des dechirures traumatiques de la membrane du tympan.** (*Sulle lacerazioni traumatiche della membrana del timpano*); del dott. Kipp. In: *Arch. Otol.*

In questa comunicazione al Congresso della Associazione Medica degli Stati Uniti, l'Autore ha riunito 25 osservazioni di questo genere. Le cause delle lacerazioni furono più di sovente colpiti sull'orecchio o sull'apofisi mastoide, ferite per istrumenti puntuti, e traumatismo sulla testa.

La sintomatologia di questa malattia consiste in un violento dolore nell'orecchio, tintinnio, sordità incompleta, otorragia e nei segni fisici della lacerazione. — Quando la lesione era il risultato di una caduta sulla testa, l'ammalato aveva perduta la conoscenza, vomitava, vertigine e sordità completa. In generale la lacerazione era situata sulla parte posteriore del timpano. Il trattamento che consiste solamente nel tamponamento del condotto auditivo esterno con cotone, fu in 25 su 100 seguito da guarigione senza infiammazione. In un sol caso si osserva un'otite interna suppurata.

**Nuoveau procédé de myringodéctomie applicable au traitement de l'otite sclereuse.** (*Nuovo processo di miringodectomia applicabile al trattamento dell'otite sclerosa*); di Paquet. In: *Ann. des maladies de l'oreille, etc.* Settembre 1881.

Questo lavoro venne presentato dall'Autore al Congresso Internazionale di Londra. Fra le malattie dell'orecchio dice l'Autore, una delle più variabili nella forma, nel modo di sviluppo, il decorso, la curabilità, è la sclerosi della cassa del timpano. Le alterazioni però si possono riportare a due forme principali: la forma essudativa o *plastica*,

e la sclerosi, *otite secca*. L'Autore accenna ad alcune particolarità anatomiche a ciascuna di queste forme, ammettendo però che il più delle volte esse si combinano ricevendo un carattere misto. Contro questa infermità, a decorso progressivo e fatale, poco valore hanno i metodi terapeutici e si è proposto per rimediare alla sordità ed ai rumori subjettivi, la sezione del muscolo tensore del timpano e la resezione di una porzione più o meno considerabile della membrana del timpano con o senza la distruzione delle aderenze della cassa. — A tale scopo l'Autore attivò un processo misto il quale partecipasse ai due scopi suddetti. — L'Autore si serve di un piccolo bistourì a manico piegato, la cui lama, larga 2 millim. e 4 millim. di lunghezza, è tagliente e ricurva a falcetto. Una puntura è fatta ad 1 1|2 millim. al davanti del martello dividendo la membrana obliquamente in basso ed indietro, di maniera che l'estremità inferiore dell'escisione sia situata a mezzo tra il centro e la periferia ed in un punto dove una linea tirata dal centro verticalmente in basso lo incontrerebbe. — Questa incisione divide non solamente la membrana, ma anche il tendine del muscolo tensore, o almeno il legamento tensore del Toynbee. Indi si fa una seconda incisione nel segmento posteriore a due millimetri del manubrio e parallellamente ad esso, passando all'avanti per congiungersi all'estremità inferiore della prima incisione, formando una sezione a lettera V a base superiore. Questo processo presenterebbe i seguenti vantaggi: 1.° Esecuzione facile. 2.° Permette la sezione del tensore del timpano e la distruzione delle aderenze della cassa, la resezione di porzione della membrana indispensabile per ottenere una *perforazione permanente*. 3.° Infine rende facile la resezione del manico del martello, allo scopo di ottenere una maggior perdita di sostanza.

T. Richardson. — **An interesting case of congenital malformation.** (*Interessante caso di deformità congenita*). In: *The Lancet.* March 18, 1882.

Una giovane di 17 anni presentava l'orecchia destra rudimentaria, consistente solamente in un piccolo lobulo, all'avanti della quale vi erano due o tre piccoli noduli cartilaginei rappresentanti l'elice. Nessuna traccia di meato, ne si poteva colle dita determinarne l'esistenza sotto alla cute essendo l'osso saldato insieme. — L'udito dal lato sinistro era buono, a destra invece non veniva percepita alcuna impressione.

In questo caso nulla v'era di ereditario e solo la di lei madre gravida riceveva una contusione cadendo da cavallo. Senza dubbio trattasi di *un capriccio di natura*, il quale manca di interpretazione, essendo questa condizione dovuta ad uno sconcerto del sistema nervoso od ad una imperfetta nutrizione del feto. — Potrebbe essere, come molti esempj dimostrano, che l'impressione mentale della madre avesse ad agire sinistramente sul feto, ma qui non ne sarebbe il caso. Il feto va

soggetto a molte alterazioni patologiche come arresto di sviluppo, amputazione delle estremità e molte altre affezioni, così non sarebbe possibile che in questo caso il feto fosse stato soggetto ad una infiammazione del meato con consecutiva occlusione del canale uditivo?

**On Loss of Hearing from Mumps.** (*Perdita dell'udito per orecchioni*); di Buck. In: *Trans. of American of Society*, 1881.

L'Autore riferisce due casi di repentina sorpità in un orecchio in seguito ad un attacco di orecchioni. In questi casi la perdita dell' udito avvenne nei tre o quattro giorni dalle malattie; in un caso con dolore, nel secondo senza, ma in entrambi accompagnati da rumori subiettivi. Nel 1.° caso le due regioni parotidee erano apparentemente e nello stesso grado affette, ma solo l'orecchio destro divenne sordo. Nel 2.° la regione sinistra era maggiormente ammalata e da questo lato vi fu la perdita dell'udito. In questo caso poi circa 15 giorni dopo il primitivo attacco, ve ne fu un secondo con nausea e vertigini e grande difficoltà a mantenere l'equilibrio. L'Autore pretende che nel primo attacco fosse interessata la sola coclea, mentre nel secondo un'emorragia o essudazione plastica fosse avvenuta nel vestibolo o nell'ampolla dei canali semicircolari. Questi sintomi non vi furono nel 1.° caso, nel quale quattro giorni dopo la comparsa del dolore e della sordità, l'orecchio medio non presentava segni di infiammazione. In tutte e due i casi la sordità fu irremediabile, solo nel 2.° nel quale diminuì grandemente col sanguisugio.

Varie opinioni potrebbero sorgere circa al modo nel quale viene interessato l'orecchio, e l'Autore crede, che, se le vedute di Vogel sono esatte che cioè la strada della diffusione della infiammazione sia il nervo facciale, sarebbe facile comprendere come l'orecchio medio rimanga illeso, mentre la sola porzione coclearia del labirinto resterebbe affetta.

**Circumscripte desquam. Entzüd. des aeuss. Gehörganges.** (*Infiammazione desquammativa del condotto uditivo esterno*); di Weil. In: *Monatsschr. f. Ohrenheilk.* N. 3, 1881.

Un uomo di 57 anni soffriva terribilmente per dolori all'orecchio sinistro ed alla metà sinistra della testa non avendo mai prima avuto malattia d'orecchio. Questi dolori, che duravano da più settimane, non ebbero nessun giovamento per alcun trattamento.

L'orificio del condotto auditivo esterno sinistro era in parte obliterato da un polipo solido, saldato alla parte anteriore del condotto, all'unione della porzione cartilaginea ed ossea. — Dietro questo polipo stavano masse di sostanza biancastra. V'era paralisi facciale. L'Autore esportando il polipo trovò che tutta la porzione interna del condotto era riempita da una certa materia bianca che l'esame microscopico mostrò ammassi di cellule epidermiche. Svuotato il condotto si trovò che questo era considera-

bilmente dilatato; la membrana del timpano si trovava alla parte antero-superiore del setto che divide l'orecchio esterno dalla cassa. Era biancastra, non rifletteva la luce ed in basso e all'indietro di essa, sullo stesso piano, si vedeva una superficie del doppio della sua estensione, corrispondente all'osso. — Il cateterismo mostrava pervio l'orecchio medio senza perforazione timpanica.

In seguito allo svuotamento del condotto cessarono i dolori e la paresi del nervo facciale, ritornando la facoltà uditiva.

L'Autore crede che questa infiammazione desquammativa sia stata provocata da qualche irritante e ch'essa abbia dato luogo in seguito alla formazione del polipo. Più tardi si sono accumulati gli ammassi coleostomatosi, producendo la dilatazione del condotto. I dolori erano prodotti dalla compressione del condotto; e la causa della paresi facciale forse dipendeva da disturbi circolatorii, da stasi.

**Delle malattie dell'orecchio per sifilide ereditaria** di CHARLES RIPP. (*Trans. of the American otalogica Society*).

Questa Memoria è basata sopra sei osservazioni raccolte sopra giovani soggetti al momento della comparsa della sordità. In cinque casi una cheratite parenchimatosa doppia ha preceduto l'otite, nell'ultima la seguiva. — Nei primi egualmente la sordità appariva rapidamente dalle due parti, nel sesto caso esisteva da più mesi allorchè la sua intensità aumentava bruscamente. Sintomi di irritazione cerebrale precedettero lá perdita dell'udito in un caso; sussurro d'orecchio, male di testa, vertigine, disturbo d'equilibrio accompagnarono o seguirono tutti gli altri casi. In soli tre ammalati la membrana del timpano era ammalata; in tutti la tuba d'Eustacchio era permeabile, mentre tutti avevano un catarro naso-faringeo molto pronunciato.

Lo stato della membrana del timpano lascierebbe giudicare che questi disturbi siano legati ad un catarro dell'orecchio medio, ma in generale le affezioni di queste regioni non producono così rapidamente l'abolizione dell'udito, allorchè contemporaneamente non esiste una lesione sia del labirinto, sia del nervo acustico, sia degli organi che producono la malattia del Méniere. L'Autore non sarebbe lontano dal credere che i labirinti siano interessati, ma la simultaneità degli accidenti nei due lati farebbero ammettere piuttosto una alterazione nel pavimento del quarto ventricolo d'onde partono i nervi acustici.

Il mercurio, il joduro di potassio, il trattamento locale dell'otite media e del catarro naso-faringeo diedero pochi risultati.

**De l'otite labyrinthique.** (*Sull'otite labirintica*); di LADREIT-LACHARRIÈRE. In: *Ann. de med. de l'oreille, etc.* Novembre 1881.

Prima che Menière avesse fatto conoscere le relazioni esistenti tra i disturbi di equilibrio e le affezioni dell'orecchio interno, l'otite labirintica era confusa con un certo numero di affezioni della stessa re-

gione sotto la denominazione della sordità nervosa. L'anatomia patologica di questa affezione è ancora incompleta per la difficoltà di opportune osservazioni. La statistica pubblicata da Schwartze indica solo 33 persone quali affette da malattie dell'orecchio interno sopra 933 ammalati d'orecchio; Ockel', Glama e Wreden ne trovarono 279 sopra 2,776, Wendt 350 su 1866, Gruber 33 sopra 757, Roosa 9 sopra 500. L'otite labirintica sarebbe molto più frequente di quanto si pensa di più che molte di queste malattie passano confuse con altre accompagnate da febbri gravi.

L'otite labirintica può essere primitiva o secondaria. Il Voltolini descrive una malattia che si manifesta nei bambini, caratterizzata da febbre violenta, cefalea, vomito e talora da coma. Dopo 24 o 48 ore i sintomi cessano e rimane una sordità sovente bilaterale con disturbi di equilibrio. Questa forma e malattia venne da alcuni messa in dubbio ed attribuita ad una meningite circoscritta, ad infiammazione dei ventricoli, e in ispecial modo del quarto. Ma in questi casi mancherebbero i disturbi di equilibrio, che sono i segni della lesione del labirinto, e non si potrebbero ben spiegare la mancanza della paralisi facciale. L'Autore ammette col Voltolini l'otite labirintica primitiva, e ricorda un certo numero d'osservazioni di giovinetti i quali in seguito ad una grande emozione, vennero colti da convulsioni, vertigini, intensa febbre, e che dopo due o tre giorni di uno stato febbrile grave; guarirono restando completamente sordi. L'Autore accetta l'ipotesi che l'otite labirintica possa essere una complicazione della meningite, per l'estendersi della infiammazione al labirinto seguendo gli inviluppi del nervo acustico. Un certo numero di malattie gravi si complicano con sordità, febbre tifoide, pioemia, ecc. Pressochè tutti gli ammalati provano dei sconcerti dell'udito e qualcuno anche la perdita, e ciò sarebbe dovuto ad una otite labirintica. — E questa può accendersi per propagazione all'orecchio interno di processi infiammatorii dell'orecchio medio, e ciò è facile avvenire nei bambini.

L'otite labirintica oltre allo stato acuto si può manifestare allo stato cronico rivestendo i caratteri descritti sotto il nome di malattia del Menière. In ogni caso il sintomo più costante e penoso è il senso di vertigine. Dapprima transitorio, poi continuo interrotto da parossismi. Senso di un movimento rotatorio, da destra a sinistra e viceversa, talora attorno un'asse verticale altre volte orizzontale ed a queste si aggiungono altre sensazioni dello stesso ordine. Gli ammalati si lagnano pure di rumori di carattere particolare, musicali di campane, metallici, talora isocroni al polso.

Le alterazioni del labirinto trovate nella febbre tifoide sono una infiltrazione di cellule linfoidi e tutte relative al processo infiammatorio e sue metamorfosi.

La diagnosi non è sempre facile ed il pronostico sempre grave. Nella

[redacted]

[redacted]

[redacted]

# BIBLIOGRAFIA

**Traité des Névroses** : *par* A. AXENFELD. — *Deuxième édition augmentée de 700 pages, par* H. HUCHARD — *Paris 1883* (1882).

Il conosciuto lavoro di Axenfeld, pubblicato venti anni sono, fu per cura del dott. Huchard ristampato ed arricchito di ben 700 pagine di aggiunte, nell'intendimento di offrire agli studiosi un completo trattato sulle nevrosi, che potesse corrispondere alle moderne esigenze della scienza.

In complesso si può dire che il lavoro dell'Huchard è abbastanza bene riescito, sicchè non potrà a meno di interessare, specialmente in alcune sue parti, i cultori degli studj neurologici.

Suoi pregi principali possono infatti riguardarsi: l'ampiezza con cui i diversi argomenti sono stati trattati, l'accurata analisi dei sintomi più spiccati che caratterizzano le diverse nevrosi e soprattutto la critica accurata delle varie ipotesi con cui si è tentato di spiegare la natura di siffatte oscurissime affezioni del sistema nervoso dagli autori più riputati che se ne sono occupati.

Gli italiani non hanno a lamentare in questo lavoro una completa dimenticanza delle cose loro, poichè l'Huchard ha di proposito voluto apprezzare qua e là giustamente anche il contributo che essi hanno dato alla neurologia; ma quali lacune ha egli lasciato nella citazione dei nomi e delle opere del nostro paese! Basti il dire che nella sua prefazione, laddove ha preteso di schierare il nerbo dei neurologi italiani, non trovansi accennati i nomi di Lussana, Berti, Verga, Namias, Cantani, Golgi, Roncati, De-Giovanni, Tommasi, Vizioli, ecc., che pur tengono cospicuo posto nella moderna neurologia.

Sottilizzando nella critica si potrebbe anche trovare che al piano del vecchio trattato la parte nuova non si adatta sempre alla perfezione, ma si deve pur riflettere alla necessità che vi era, per mantenere intatto il vecchio testo, di non iscostarsi dall'ordine delle materie che in queste trovavansi disposte; ciò che dovea di necessità dar luogo qua e là a qualche inevitabile stonatura. Forse sarebbe stato per l'Huchard lavoro di minor lena lo scrivere un trattato nuovo di pianta; ma allora egli non avrebbe reso al suo maestro quell'omaggio che si propose tributargli, col rimettere in voga la di lui opera prediletta, sotto moderna veste.

Ufficio del critico adunque non sarà quello di sottoporre a giudizio la parte dell'opera che spetta all'antico scrittore, ma bensì la parte ag-

giunta dal suo continuatore; ciò che faremo senza troppo dilungarci e seguendo l'ordine di esposizione che lo stesso trattato ci presenta.

Notiamo primieramente che la classificazione delle nevrosi proposta da Axenfeld non fu punto modificata dal restauratore del suo libro, sebbene alle nevrosi della *sensibilità*, a quelle della *motilità*, alle *miste* o *complesse* ed a quelle che si riferiscono all' *intelligenza* (i quattro ordini destinti nel trattato) si fosse dovuto, per le esigenze dei nuovi tempi, aggiungere un quinto ordine; quello cioè delle nevrosi *vasomotorie*.

L'Huchard ha preferito trattare di queste affezioni qua e là in diversi punti dell'opera, forse a scapito del concetto eziologico fondamentale nel quale dovevano essere raggruppate; difetto che egli stesso però ha voluto confessare con lodevole schiettezza.

Niuna aggiunta fu fatta alle *considerazioni generali* che precedono la trattazione degli argomenti speciali, laonde nel libro rimane affatto inalterato il concetto che ebbe l'Axenfeld delle nervosi, coi due caratteri generali e fondamentali, pei quali le distingueva dalle altre malattie nervose: la mancanza cioè delle lesioni anatomiche ed i disordini delle funzioni nervose.

Intorno all'instabilità del primo di questi caratteri l'Huchard non avrebbe forse mal fatto a spendere qualche parola di riserva, imperocchè chi può prevedere fin d'ora i responsi futuri degli studii anatomo-patologici, anche per molte di queste affezioni? Qualche vittoria isolata a questo riguardo per lo meno non doveva rimanere taciuta; e qui era il caso di fare onore ad un nostro connazionale (il Golgi), dall'Autore quasi dimenticato.

La definizione delle nevrosi rimane tal quale dall'Axenfeld venne formulata. Così sono da appellarsi cioè quegli stati morbosi, il più spesso apirettici, nei quali si nota una modificazione esclusiva od almeno predominante, dell'intelligenza, della sensibilità e della motilità, o di tutte queste facoltà ad un tempo; stati morbosi che presentano la doppia particolarità di potersi riprodurre in mancanza di ogni apprezzabile lesione e di non portare per sè stessi cambiamenti profondi e persistenti nella struttura delle parti.

Nel *libro primo* sono trattate le nevrosi della sensibilità, rappresentate dalle iperestesie e dalle anestesie. Le prime comprendono:

*a*) le iperestesie dei nervi sensitivi della vita di relazione (nevralgie propriamente dette);

*b*) le iperestesie dei nervi sensoriali;

*c*) le iperestesie dei nervi della vita organica (nevralgie viscerali);

*d*) le iperestesie a sede anatomica non ancora precisata (emicrania, irritazione spinale, artralgia, angina di petto).

Le aggiunte del dott. Huchard incominciano dal capitolo delle gene-

ralità sulle nevralgie. Ai teoremi di Müller sul modo di propagazione e di estensione del dolore nevralgico egli opportunamente sostituisce le leggi della sensibilità ricorrente, appoggiandosi agli studj di Arloing e Tripier, secondo i quali l'influenza dei nervi sensitivi si estenderebbe oltre la loro zona anatomica, poichè le zone diverse in alcuni punti fra loro si sovrappongono, invadendo anche il territorio dei nervi vicini, mentre le fibre sensitive ricorrenti si portano sul tronco dei nervi motori, legandosi per tal modo ogni regione ai centri percettivi per mezzo di più rami nervosi, da cui verrebbe l'impossibilità dell'isolamento, mediante la resezione di un solo tronco.

Queste leggi spiegherebbero per vero come si possano avere nevralgie diffuse di indole periferica, da potersi a tutta prima ritenere erroneamente per nevralgie di natura centrale.

Opportunamente Huchard ricorda a questo punto un'altra classe di nevralgie che primitivamente sono di origine periferica, ma che si fanno poi centrali per propagazione delle lesioni nervose dalla periferia ai centri, come dimostrarono Dikinson, Vulpian ed Hayem. — Prende poi a considerare la così detta *nevralgia dei monconi*, descritta da Weir Mitchell, che si vorrebbe mettere in relazione colle compressioni subite dalle estremità nervose in causa del tessuto cicatrizio che si va formando o anche colla formazione multipla di neuromi aderenti solidamente al tessuto cicatrizio. Stando a Verneuil il fatto non ammetterebbe contestazione, perchè egli in parte potè evitare siffatto inconveniente sezionando ad una data altezza tutte le estremità nervose dei lembi. Ma Trélat mette in dubbio tale successo, facendo notare che l'affezione nevralgica riappare spesso anche dopo diverse resezioni nervose e perfino dopo una ripetuta amputazione.

Da ciò i tentativi di spiegare il fatto con alterazioni che sarebbero rappresentate da una nevrite cronica, da un inspessimento del neurilema, da una sclerosi dei rami nervosi, estesa dalla periferia al centro. Ma se si può ammettere la possibilità che la nevralgia periferica in questi casi si renda centrale, come si spiega la mancanza dei punti dolorosi al di sopra del moncone, sul tragitto dei rami sclerosati? Il dottor Huchard crede che in questi casi bisogni ammettere che le nevralgie siano ad un tempo periferiche e centrali.

Le altre aggiunte dell'Huchard intorno all'argomento generale delle nevralgie non sono di molta importanza, poichè vertono sopra i sistemi più utili di cura, comunemente conosciuti e da vent'anni a questa parte introdotti più o meno efficacemente nella pratica, quali: le injezioni ipodermiche di morfina, le applicazioni dei vescicanti, dei cauterii, delle punte di fuoco e della tintura di jodio in prossimità dei punti epifisarii e sulle apofisi spinose, la polverizzazione eterea sulla colonna vertebrale, la nevrotomia, ecc.

Anche nel trattato *speciale* delle nevralgie le aggiunte dell'Huchard non sono di grande momento. — Relativamente alla *trifacciale* fa men-

zione del punto doloroso avente sede nel globo oculare, del punto labbiale, segnalato da Gintrac, nonchè del rarissimo punto palatino, illustrato da Méglin, e dell'apofisario, che si trova a livello delle due prime vertebre cervicali ed accenna a probabile sede centrale della nevralgia. — Descrive altresì i disturbi vaso-motori che possono associarsi a questa nevralgia, quali: il rossore iperemico congiuntivale, l'arrossamento cutaneo di metà della faccia e della mucosa boccale, l'edema della guancia, il gonfiore inflammatorio, e le diverse eruzioni ed affezioni cutanee (acne, eresipela, eritemi, ecc.). La *zona oftalmica* che si trova spesso in questa nevralgia sarebbe da riferirsi ad una irritazione ed infiammazione dei filetti ciliari del trigemino; e l'erpete, ad una irritazione dei filetti cutanei. L'affezione sarebbe quindi di natura trofica, com'è pur da ritenersi della stessa indole così detta trofo-nevrosi facciale, rappresentata dall'atrofia della cute facciale corrispondentemente alla parte della nevralgia. Queste alterazioni, secondo Stilling, Guttmann e Bärwinkel starebbero in rapporto con una irritazione del ganglio palatino o del ganglio del Gasser; secondo Vulpian con una alterazione localizzata all'istmo dell'encefalo. Per Huchard il fatto sarebbe in dipendenza di una nevrite del trigemello nelle sue origini, o nelle estremità periferiche. Egli però, a vero dire, non dà una dimostrazione rigorosa di questo suo asserto.

Riguardo a quell'altra affezione rilevantissima che è la *nevralgia sciatica*, l'Autore si è contentato di fare qualche aggiunta di importanza terapeutica, descrivendo il processo curativo proposto da Luton (injezione parenchimatosa di una soluzione di nitrato d'argento in proporzione di 1 : 10) e vantando gli effetti dell'idroterapia e della elettricità.

Il capitolo finisce con alcune osservazioni sulla iperestesia muscolare (miosalgia di Piorry, o mialgia di Inman), le quali ricordano a proposito la *fatica muscolare dolorosa* a cui ha accennato Sée e che non va confusa coll'affezione suddetta. Tale affezione infatti è caratterizzata da un dolore che non segue le diramazioni nervose, nè corrisponde ai punti dolorosi delle nevralgie. Esso aumenta col movimento e colla fatica e diminuisce col riposo. Ha poi sede nei muscoli che mantengono l'erezione del tronco, e particolarmente in quelli della nuca, della schiena, del torace, dei lombi, ecc., simulando così cefalalgie occipitali, nevralgie intercostali, dorsali, e via dicendo.

Il capitolo secondo in cui si tratta delle iperestesie cutanee non venne ampliato, mentre, a nostro parere avrebbe dovuto essere arricchito delle moltissime nozioni che oggigiorno si hanno intorno alle parestesie, sulle quali sono fondati taluni stati neuropatici di rilevante importanza.

Il capitolo terzo è dedicato alle iperestesie dei nervi sensitivi della vita organica. — Rapporto alla gastralgia non sono dimenticate le così dette crisi gastralgiche che accompagnano talune affezioni midollari (tabe dorsale) accennate da Gull e più particolarmente studiate da Char-

cot ed è accennato come possano siffatte crisi precedere talora gli stessi fenomeni di incoordinazione, insieme ai dolori folgoranti.

Relativamente alla *nevralgia vulvare*, l'Autore mette in vista i caratteri che la fanno distinguere, secondo egli crede, del *vaginismo* di Marion Sims, e particolarmente la mancanza della contrattura del muscolo constrictor cunni, sottilizzando forse un po' troppo nello stabilire il valore di questo carattere differenziale.

Più estese aggiunte ha dovuto fare il dott. Huchard alla parte che tratta delle *iperestesie a sede anatomica non esattamente determinata*, imperocchè su questo argomento il testo di Axenfeld era affatto insufficiente.

Così nel capitolo sull'*emicrania* troviamo fra i sintomi precursori giustamente accennati i *fenomeni visivi*, rappresentati dai così detti scotomi scintillati, emiopie scintillanti, senza corrispondente lesione oculare visibile coll'oftalmoscopio; le *perturbazioni sensoriali* in forma di allucinazioni, vertigini, sordità, odori, ecc.; i *disturbi psichici*, costituiti da indebolimento della Memoria e della intelligenza, da incoordinazione, da amnesia verbale, ecc.; le *alterazioni vascolari* di natura diversa, secondochè si tratta di emicrania simpatico-tonica; o di emicrania angio-paralitica.

Alle ipotesi di Romberg e di Liveing, appoggiata da Axenfeld sulla natura di questa nevrosi, il dott. Huchard preferisce le teorie *circolatorie* o *vaso-motrici* di Du Bois-Reymond e di Mollendorf. Il primo di questi illustri scienziati opina che l'emicrania sia originata da una eccitazione dei filetti simpatici, con successiva contrazione spasmodica dei rami vascolari corrispondenti alla parte della testa che è sede del dolore. — Sostengono tale opinione gli stessi sintomi che si presentano quali: l'indurimento dell'arteria temporale del lato ammalato, il pallore della faccia, la dilatazione della pupilla; ma conviene pur dire che le stanno contro talora fenomeni di opposta significazione, quali il rossore, il restringimento pupillare, ecc.

Secondo Eulenburg, Guttmann e Landois il dolore sarebbe prodotto da una contrazione dei muscoli vascolari, da cui dipenderebbe l'anemia cerebrale. A questa poi il dott. Huchard crede di poter legare i sintomi sensoriali che iniziano gli accessi e che sono rappresentati da fenomeni visivi ed uditivi. — L'emicrania avrebbe sua origine dal cordone simpatico cervicale, e più specialmente dai suoi gangli superiori e medi, che si trovarono già in qualche caso dolenti dal Brunner, nonchè dalla parte di midolla in cui esiste il così detto centro cilio-spinale di Budge ed Haller.

Mollendorf invece mette in rapporto l'emicrania con uno stato paralitico del simpatico e quindi con una dilatazione vascolare. Appoggia tale asserto sui fenomeni contradditorii della anemia, che anche gli avversari della sua teoria debbono pur conoscere di grande peso.

Che concludere da queste due teorie? Si domanda l'Autore; si do-

vrebbero forse ammettere due specie di emicrania, in base alla doppia origine attribuita a tale nevrosi? Egli crede forse troppo agevolmente che le due teorie possano conciliarsi, ammettendo che si avverino due periodi diversi, di contrazione cioè e di dilatazione vascolare, ogniqualvolta si determini l'accesso nevralgico.

L'argomento della *vertigine* è assai ricco di importanti aggiunte. — Una classificazione basata sulle cause fa distinguere all'Huchard le vertigini in anemiche, congestive, tossiche, riflesse e nervose. Fra le riflesse prende in speciale considerazione la stomacale, l'intestinale, l'auditiva, la visiva e l'uterina.

Stando alle opinioni più accreditate, l'Autore ammette che i fenomeni vertiginosi siano attribuibili a modificazioni circolatorie di natura anemica o congestiva avvenute nella trama cerebrale e più specialmente in corrispondenza dell'istmo dell'encefalo, nei peduncoli cerebrali e nei tubercoli quadrigemini. La vertigine auditiva è spiegata colla teoria di Cyon, secondo la quale i canali semicircolari sarebbero il punto di partenza di impressioni che danno l'esatta nozione della posizione occupata dalla testa o dal corpo e quindi concorrono alla formazione del senso dell'equilibrio, mentre l'alterazione dei canali suddetti porterebbe una lesione del senso stesso, che è quanto dire una vertigine.

Anche per la spiegazione della patogenesi della *irritazione spinale*, il dott. Huchard si attiene alle moderne teorie di Jaccoud e di Hammond, ammettendo che tale affezione sia in relazione con uno spasmo vascolare. Sotto l'influenza dell'insufficiente nutrizione l'eccitabilità degli elementi nervosi rimarrebbe indebolita, mentre poi in ragione della diminuita vitalità delle cellule, tale eccitabilità sarebbe messa in giuoco da eccitazioni deboli ed incapaci di produrre, in condizioni normali, una reazione qualunque.

Sull'*angina di petto* poco rilevanti sono le aggiunte fatte dall'Huchard relativamente alla sua sintomatologia ed al suo decorso. — Trattando delle lesioni anatomo-patologiche attribuite a questa affezione, egli combatte l'idea esclusiva che l'angina di petto sia sempre prodotta da influenze reumatiche e da un principio gottoso, per attenersi a quella che la qualifica per una nevrosi vaso motrice. Per Landois e Nothnagel sarebbe infatti prodotta da uno spasmo arterioso generale, come rimarrebbe dimostato da alcuni sintomi iniziali e cioè: le sensazioni di freddo, di intirizzimento delle estremità, poi la sensazione di angoscia, la precipitazione dei battiti cardiaci, i dolori precordiali, irradiantisi alla metà sinistra del torace. — Il dolore parrebbe ad alcuni localizzato nel plesso cardiaco, ad altri nel simpatico.

Huchard non vuole essere esclusivista e lo crede derivare tanto dal plesso cardiaco quanto dal simpatico, specialmente pel pallore, pel sudore e per l'indebolimento del polso che si notano nell'angina.

Ammesso in generale che l'angina non sia altro che una nevralgia, non esclude che talora possa essere rappresentata da una nevrite, ed

allora l'affezione si troverebbe nei soggetti gottosi, negli alcoolisti, negli affetti da reumatismo. — L'Autore non nega valore tuttavia alla teoria del Lussana, il quale in 66 casi trovò 38 volte l'affezione ateromatosa delle coronarie, ma non si parte per questo dal concetto che l' angina di petto sia una affezione prettamente nevralgica.

Dobbiamo tuttavia notare che le mille incertezze che tuttora esistono intorno a questo argomento non sono punto state dissipate dalle aggiunte che l'Huchard ha fatto al testo, se pur non si deve asseverare che furono aumentate dal poco ordine con cui l' argomento è stato svolto.

L' artralgia di natura nervosa chiude il tema delle iperestesie, comprendendo l'Autore sotto tale denominazione i dolori articolari che sono sotto l'influenza del sistema nervoso periferico o centrale in seguito a lesioni traumatiche o spontanee dei nervi, e della midolla, nonchè ad emorragie ed a rammollimento cerebrale. — Huchard su questo argomento si limita a riprodurre ciò che è stato scritto da Brodie sull' artralgia isterica che ha sede fissa nella regione dell'anca (coxalgia isterica), spostando forse un argomento che meglio sarebbe stato trattato nel capitolo dell'isterismo. Si noti che, come Lesègue, l' Autore combatte l'immobilizzazione dell'arto, da altri consigliata quale mezzo efficace di cura, perchè in generale è male tollerata e spesso è anche cagione di deformità.

Il capitolo quarto tratta delle *anestesie*. Queste da Axenfeld sono distinte in tre categorie, secondo esse hanno origine dalle estremità nervose, dai nervi centripedi, e dal sensorium. — Huchard si attiene alla classificazione del testo, in cui le anestesie sono distinte in *cerebrali*, *spinali* e *periferiche*. Internandosi nelle questioni di sede delle anestesie parziali, si ferma soprattutto a considerare le teorie che spiegano l'origine dell'emianestesia, dimostrando falsa la teoria di Todd e Carpentier, i quali dichiaravano essere nel talamo ottico il centro di percezione delle sensazioni tattili, mentre un centro di trasmissione di tutta la sensibilità va ammesso nella parte posteriore della capsula interna, secondo le idee di Charcot, a cui l' Autore aderisce pienamente.

Fra le anestesie spinali cita quelle dovute alla mielite acuta generale, alla parziale, all' atassia locomotrice, ecc. Ma non sono da ritenersi queste anestesie sintomatiche di lesioni ben determinate del sistema nervoso e quindi di tale natura da non trovare posto adatto in un trattato sulle nevrosi?

Le anestesie periferiche sono studiate nei loro rapporti colle nevralgie stesse (in zone circoscritte) e colle affezioni cutanee (*pityriasis rubra*, *lupus*, *psoriasis guttata*, *eczema*, ecc.).

Le anestesie *ischemiche e discrasiche* si mettono in rapporto coll'asfissia locale delle estremità, colle *intossicazioni croniche* (solfuro di carbonio, vapore di carbone, alcoolismo, sifilide), colle malattie *tabide*

o *cachettiche* (tisi polmonare, enteriti croniche, cancro, ecc.), colla *clorosi* e coll'*anemia*.

Per ciò che riguarda le anestesie *cutanee*, Huchard non tralascia di ricordare il prezioso insegnamento di Charcot, che cioè l'anestesia prodotta da una lesione completamente distruttiva della parte posteriore della capsula interna è persistente, mentre è temporaria allorchè dipende da un'alterazione, che ha sede al di fuori del piede della corona raggiata.

Per ciò che si riferisce all'emianestesia isterica, Huchard mette a contribuzione i trattati di Charcot e di Richet, dai quali toglie particolarmente gli argomenti che servono a stabilire la diagnosi differenziale di tale affezione coll'emianestesia cerebrale. — Nella terapia di queste specie di anestesie vanta a ragione gli eccellenti risultati ottenuti da Vulpian colla faradizzazione e cita pure (forse alquanto brevemente) i tanto decantati effetti della metalloterapia.

Trattando della nevralgia del trifacciale, L'Autore s'intrattiene alquanto sull'oftalmia che talvolta l'accompagna. Conclude però col dire che le alterazioni corneali non possono ritenersi necessariamente in rapporto con questa anestesia, perchè mancano nella maggioranza dei casi.

Fra le cause delle anestesie dell'udito (paracusia) troviamo opportunamente rammentata l'azione di alcuni medicamenti (chinino, salicilato di soda, ecc.), l'applicazione delle mignatte al collo uterino (fatto segnalato dallo Scanzoni), le discrasie (febbre tifoide), la compressione portata degli aneurismi della basilare, secondo le osservazioni di Gull, Ogle e Griesinger.

Nel *libro secondo* sono trattate le *nevrosi della motilità*, distinte in *convulsive*, *spasmodiche* e *crampi*.

Il tema generale delle nevrosi convulsive è pressochè riprodotto senza notevoli aggiunte. — Solo è a dire che Huchard è alieno dall'ammettere che le lesioni bulbari trovate da Schröder van der Kolck e quelle dei cordoni laterali della midolla, confermate da Charcot in un caso di isteria convulsiva, siano causa della affezione nervosa. Egli sostiene invece che la *nevrosi può generare la lesione*, e con Morgagni ripete che la causa delle convulsioni, che consiste in un cambiamento invisibile avvenuto nel cervello e nei nervi, non cade sotto i nostri sensi, e che dopo la morte non se ne veggono gli effetti, perchè questi variano secondo la violenza e la durata della malattia.

Intorno alla fisiologia patologica delle convulsioni richiama assai lodevolmente le ricerche di Helmholtz e di Marey sulla natura della contrazione volontaria, paragonandola colla patologica. Lo stato *tonico* determinato dalla stricnina, ad esempio, è preceduto dalla scossa muscolare che varia di rapidità, di altezza, ecc.; ma gli apparecchi registratori hanno dimostrato che durante la tonicità esistono delle vibra-

zioni dovute a contrazioni incomplete tenuissime, a cui seguono vibrazioni più rare e più ampie.

Mette inoltre in evidenza i rapporti clinici delle affezioni nervose colle leggi fisiologiche, le quali stabiliscono: che isolando l'asse rachidiano dall'encefalo, come anche modificando la quantità e la qualità del sangue che l'attraversa, nonchè irritando il suo tessuto per mezzo di traumi, o sottoponendo ad irritazione continuata i nervi centrifughi e centripedi, il potere eccito-motore della midolla può essere aumentato.

La parte che Huchard attribuisce al cervello nella produzione delle convulsioni è di ben poca importanza, limitandosi egli ad asserire che una eccitazione dei centri motori corticali può spiegare la natura di talune convulsioni parziali o localizzate, che avrebbero anche il carattere di mostrarsi isolate, e spesso incomplete, transitorie e variabili. Tale riservatezza potrebbe non essere biasimata di faccia alle contestazioni odierne sulla natura dei centri motori di Hitzig e Ferrier, ma perchè in questo libro, che a torto vorrebbe pur essere edito nel 1883, onde rimanere più a lungo fra le *attualità* scientifiche, non è fatto cenno degli ultimi appunti che si muovono alla teoria dei centri motori corticali?

Valeva la pena davvero che almeno se ne fosse tenuto conto in una apposita appendice, onde il trattato non si mostrasse in questa parte assolutamente monco, com'è di fatto.

Nella parte speciale delle nevrosi della motilità troviamo debitamente trattato l'argomento degli *spasmi funzionali* e specialmente ben fatta la descrizione delle differenti forme assunte dal così detto *crampo degli scrittori*, che altre volte sarà piuttosto il *crampo dei telegrafisti*, o quello dei *maestri di scherma*, dei *sarti*, dei *suonatori d' istrumenti da corda e da fiato*, delle *lattaje*, dei *ballerini*, ecc.

A rischiarare alquanto l' oscuro argomento della sede degli spasmi suddetti sono esposte le teorie di Duchenne e di Rosenthal, ambedue d'accordo soltanto nell'ammettere in uno spazio ristretto la lesione centrale dalla quale tali disturbi nervosi debbono procedere.

Nel capitolo delle *contratture delle estremità* poche aggiunte sono state fatte sulle attitudini diverse che assumono gli arti contratti, sulla natura dei dolori che accompagnano le contratture stesse, sulle *ipoestesie*, *atermestesie*, ed *ipotermestesie* complicanti, ecc., sulla etiologia, secondo le ricerche di Buchut, di Steinheim, di Berger, di Langhaus, ecc.

Intorno alla *disfagia spasmodica* ed allo *spasmo della glottide* non troviamo aggiunte importanti che meritino di essere qui ricordate.

Parlando delle *palpitazioni nervose* l' Autore prende a risolvere il problema della loro influenza sulla determinazione di vere alterazioni organiche di cuore e non si mostra proclive ad accettare le conclusioni positive dei tedeschi e degli americani. Per lo meno egli crede

si debba sempre eliminare nei singoli casi la possibilità di una preesistente alterazione cardiaca. — Rispetto alla etiologia di queste palpitazioni, mette in bella mostra la parte che nella loro produzione hanno le lesioni bulbari, le alterazioni del sangue, la funzione alterata della digestione del respiro, l'infezione sifilitica e via dicendo.

Nel capitolo delle *nevrosi paralitiche* Huchard si ferma alquanto sulle paralisi in cui manca una lesione apprezzabile dei centri nervosi, facendo notare che molte di queste debbono oggigiorno essere poste fra le paralisi sintomatiche di una alterazione esistente. Cita, ad esempio: la paralisi generale degli alienati, l'essenziale dell'infanzia, la spinale generale o l'ascendente di decorso acuto, ecc. Nella parte speciale si occupa della diagnosi differenziale [della paralisi facciale, accennando di sfuggita all'influenza che possono avere le lesioni corticali sulla determinazione delle paralisi localizzate (mioplegie, monoplegie, blefaroptosi, ecc.). — Fra i caratteri proprii di queste paralisi si accenna alla mancanza di disordini sensoriali, trofici, ed anche a quella di modificazioni termiche (?).

Entra quindi l'Autore nella trattazione delle *paralisi in particolare* cominciando da quelle di origine *viscerale e periferica*.

(*Continua*). A. Raggi.

---

*Il Direttore e Gerente responsabile*
Prof. A. Corradi.

# INDICE DELLE MATERIE

## RIVISTA D'ANATOMIA PATOLOGICA

del dott. GIOVANNI WEISS
Professore nell' Università di Messina





---

# RIVISTA DI MEDICINA LEGALE

del Dott. ARRIGO TAMASSIA

**Professore di Medicina legale nella R. Università di Pavia**

## I. — Traumi.



## II. — Tanatologia.



## III. — Aborto e infanticidio.



## IV. — Tossicologia (forense).

## V. — Psicopatologia.



---

# RIVISTA DI OTOJATRIA

del dott. G. MORI

Direttore del Civico Ospitale di Brescia

## BIBLIOGRAFIA.

# X CONGRESSO GENERALE DELL'ASSOCIAZIONE MEDICA ITALIANA
## tenuto in Modena dal 18 al 24 settembre 1882 (1).

Aprivasi il Congresso dignitosamente nella maggior sala del Collegio di S. Carlo attiguo all'Università. Dei parecchi discorsi che, secondo consuetudine se non per necessità, vi vennero detti, a noi importa soltanto accennare quello del prof. Davide Toscani di Roma, Presidente della Commissione esecutiva, perchè espone lo stato dell'Associazione medesima e suggerisce alcun modo per infonderle maggior vita. Abbiamo vissuto, diceva, ed ancora siamo vivi ad onta dei pronostici avversi. La vita della Associazione va soggetta ad una specie d'ibernazione, si estrinseca nei Congressi e viene colpita da sonnolenza nei biennj che intercedono fra i Congressi stessi. Deplorava che in questo biennio non tutti i Comitati medici fossero stati del pari attivi, e desiderava che i rapporti fra i Comitati e la Commissione esecutiva fossero più frequenti e stretti. — Annunziava lo scioglimento del Comitato di Padova e la costituzione di tre nuovi Comitati: Modena, Cosenza e Lucca. Dimostrava come in ogni occasione l'Associazione Medica Italiana abbia cercato di tutelare il decoro della classe Medica, ed abbia curato di farsi rappresentare ai Congressi Italiani ed Esteri. Memore dei desiderii espressi a Genova da molti, accettava l'anno scorso l'invito al Congresso dei Medici condotti e caldeggiava moderatamente in seno a quelle adunanze il progetto di fusione delle due società, e però l'oratore vedeva con piacere al suo fianco il prof. Panizza rappresentante dell'Associazione dei Medici comunali. Continuava accennando come l'Associazione si sia tenuta estranea alle dimostrazioni politiche e non abbia fatta eccezione che nell'occasione di un lutto nazionale, per la morte del Generale Garibaldi. — Una deliberazione del Congresso di Genova affidava alla Commissione esecutiva l'incarico di fare un regolamento pei futuri Congressi. Dopo consultati i Comitati, la Commissione esecutiva ha compiuto l'incarico; essa ha introdotto l'obbligo di una tenue quota per i non associati, perchè è ragionevole che contribuiscano anch'essi come i membri dell'Associazione, giacchè essi pure fruiscono dei vantaggi di questa, e perchè di questa giustissima propo-

(1) Nel compilare questa relazione ci siamo valsi per molta parte del *Bollettino* pubblicato dalla Segreteria del Congresso.

sta si era già fatto promotore il Comitato di Napoli. L'oratore ricordava che la morte ha rapito parecchi Soci, rammentando in ispecial modo Ferdinando Coletti di Padova, presidente di quel Comitato. — Per ciò che riguarda l'andamento economico accennava come il tesoriere presenterà quanto prima il suo resoconto, dal quale si potrà rilevare che se l'Associazione non è ricca, ha quanto basta per mantenersi in vita. Terminava il suo discorso facendo voti, perchè la nuova Commissione esecutiva, abbia affetto alla istituzione pari a quella che ora cede il suo mandato.

Il prof. Mario Panizza di Roma rappresentante l'Associazione dei Medici comunali, ricordava che i medici condotti aspirano al meglio per poter coltivare il loro penoso esercizio insieme alla scienza. Così le due grandi associazioni si trovano affratellate. I Medici comunali speravano che in questo Congresso l'Associazione Medica Italiana farebbe sentire la sua voce per il rispetto degli interessi professionali e perchè l'ordinamento dei comuni sia più conforme alla dignità dell'ufficio dei medici condotti. Chiudeva porgendo gli omaggi dell'Associazione che egli rappresentava all'Associazione Medica Italiana.

Confermata quindi l'intera Commissione ordinatrice nella *Presidenza e Segreteria del Congresso* (1), nominati i *Presidenti d'onore* (2), aperta la *Mostra di oggetti attinenti all'arte salutare*, incominciava il lavoro nelle 9 sezioni (3), ovvero 10 contando la sottosezione d'*Idrologia e Climatologia* (4).

---

(1) *Presidente onorario*, Prof. Luigi Vaccà, *Presidente effettivo*, Prof. Giuseppe Casarini, *Vice Presidenti*, Prof. Antonio Carruccio e Pio Foà, *Segretarj*, Dottori Curzio Bergonzini, Guglielmo Tonini, Gaetano Bruni.

(2) Professori Baccelli, Ageno, Bizzozero, Brugnoli, Corradi Alfonso, Fedeli Fedele, Mazzoni, Semmola, Tommasi.

(3) 1.ª *Medicina* (Presidente Prof. Edoardo Maragliano).
2.ª *Chirurgia* (Presidente Prof. Costanzo Mazzoni e onorario Prof. Gio. Bezzi).
3.ª *Igiene* (Pres. Prof. Luigi Vaccà).
4.ª *Medicina legale e Psichiatria* (Pres. Prof. Davide Toscani).
5.ª *Ostetricia, Ginecologia o Pediatria* (Pres. Prof. Ercole Pasquali).
6.ª *Sifilopatia — Dermopatia* (Pres. Prof. Pietro Gamberini).
7.ª *Oculistica — Otojatria* (Pres. Prof. Francesco Businelli).
8.ª *Anatomia e Fisiologia normali e patologiche* (Pres. Prof. Giulio Bizzozero).
9.ª *Chimica e Farmacia* (Pres. Prof. Giuseppe Manzini).

La 5.ª Sezione e la 7.ª non ne formarono in realtà che una sola, poichè l'una e l'altra deliberava di tenere in comune le adunanze.

(4) N'ebbe la presidenza il Prof. Luigi Galassi di Roma.

## I. — Sezione di Medicina.

(*19 Settembre*).

Corona Augusto. — **Sul nuovo metodo della trasfusione del sangue nel peritoneo.**

Espone i risultati de' suoi studii ed esperimenti, quali furono fatti nell'Università di Sassari da lui e dal suo assistente dottor Cocco Pisano Adolfo che ringrazia pubblicamente della gentile cooperazione prestatagli. Dice quindi che in ogni studio di fisiologia sperimentale debbono sempre distinguersi od apprezzarsi i principii che reggono l'organizzazione e la vita, su'quali si appoggia la fisio-clinica di cui la trasfusione del sangue è uno degli studii fra i non meno importanti. Tesse la storia della trasfusione intravasale, parla quindi della trasfusione peritoneale di Ponfik, poi degli studii fatti in Italia da Bizzozero, Foà, Salvioli, Pellacani; e dopo avere citato le diverse trasfusioni peritoneali fatte in Italia espone le proprie esperienze fatte in unione del suo assistente, nelle quali come nuovo misuratore dell'emoglobina ha adoperato il cromocitometro di Bizzozero. Espone quindi il suo metodo di trasfusione diretta dall'arteria dell'agnello al peritoneo, adoperando il trasfusore di sua invenzione, ed enumera i vantaggi di questo metodo fra i quali la facilità dell'operazione, e quello di trasfondere sangue arterioso direttamente, più puro cioè, più ossigenato e meno per avventura soggetto a quelle alterazioni alle quali può andar soggetto il sangue defibrinato. Espone da ultimo le più importanti conclusioni alle quali è giunto colle sue esperienze, e termina mostrando e spiegando alla Sezione la costruzione e l'uso del suo trasfusore.

Terminata l'esposizione del prof. Corona, il prof. Angelo Mosso, dice innanzi tutto di essere lieto che la Sezione di Medicina inauguri i proprii lavori con un lavoro di fisiologia, il che costituisce un vero progresso. L'unione della Fisiologia alla Clinica è indispensabile ai progressi della Medicina.

Quanto allo studio della trasfusione dice esser questo proprio degli Italiani come quelli che maggiormente in questi ultimi tempi hannovi portato un importante contributo.

Quanto al lavoro ora letto egli dice che sperava di vedere descritto veramente un *nuovo metodo*, ma invece non trova altro che un *nuovo processo*; un metodo infatti si divide e suddivide in tanti processi, e uno di questi è quello descrittoci dal Corona. Considera innanzi tutto il lavoro del Corona dal punto essenzialmente pratico, e posto il fatto che il disserente si limita ad esperimenti sugli animali si domanda se questo processo sia più vantaggioso o no dei metodi o processi di prima? Evidentemente dobbiamo pensare che facendo injezioni peritoneali le parti più importanti sono lo siero e i corpuscoli rossi, non si tratta poi di vedere che parti entrino nel circolo direttamente; le ul-

time indagini hanno dimostrato che i corpuscoli stessi si sciolgono ed il loro prodotto portato agli organi emapoteici eccita questi centri e serve alla rinnovazione del sangue. Ora, dice, il metodo di Bizzozero, Foà, Golgi e Salvioli ha dato già incontestabili buoni risultati', quelli del Corona non sono che una conferma, o tutt'al più con questi si può dire che anche col sangue defibrinato si possono avere buoni risultati. Ora qui siamo Clinici e bisogna che facciamo osservazioni sulla parte pratica. Su questo proposito dice che un uomo che dia del proprio sangue o generosamente o dietro retribuzione si trova sempre e presto e molto di più che un agnello. La parte strumentale può dirsi l'abbiamo sempre con noi; un vaso si trova subito, anzi col vaso meglio che con qualunque altro mezzo possiamo accertarci della quantità injettata. Tuttociò è assai difficile col processo Corona. Del resto poi quanto alla maggior ossigenazione del sangue arterioso è dimostrato essere il sangue battuto più ricco di ossigeno dell'arterioso; la fibrina finalmente è un prodotto di riduzione.

Ridotta la questione ai minimi termini dice che i medici pratici si trovano a questo bivio. È più utile attenersi al primo processo che finora non diede alcun insuccesso, oppure conviene adottare la trasfusione diretta? Crede esagerate le paure che il sangue estratto possa alterarsi pel contatto dell'aria od altro, e quanto alle ricerche fatte da Bizzozero, Foà e Salvioli sull'aumento di peso fatto dagli ammalati, le crede così esatte da non potersi porre in dubbio; onde conclude che utilissimo crede lo studio del Corona in ordine fisiologico, ma per la parte pratica al letto dell'ammalato crede più prudente sia da attenersi all'antico processo come anche quello che può dare più felici risultati.

Il prof. Corona risponde al prof. Mosso di accettare volontieri il cambio dell'intestazione adottando la parola processo invece di metodo. Quanto alle ragioni sulla parte clinica adotte dal Mosso dice di dare innanzi tutto molto valore al processo col sangue defibrinato, solo si è fatto il dubbio se gl'insuccessi avuti con questo metodo potessero per avventura dipendere da alterazioni provenienti dalle manipolazioni che deve subire il sangue od altro. Osserva che il sangue umano potrebbe credersi normale e tale non essere certo, non ha esperienze fatte sull'uomo, ma non avrebbe alcun timore a farle. Ha proposto il suo processo appunto per incitare qualche Clinico ad usarlo e dare il suo responso. Certo è pure che il sangue umano si può sempre trovare e anche lo strumento per l'injezione; ma nota essere pure il suo trasfusore semplicissimo, e un agnello può esser sempre alla portata anche di un medico condotto. È vero che la determinazione del peso del sangue injettato è meno facilmente determinabile, ma servendosi della misura dell'unità di tempo nell'operazione si possono avere risultati abbastanza esatti.

Il prof. Luigi Galassi dice che in operazioni di questo genere non

è male avere sotto mano diversi processi perchè le condizioni sono molto varie. In un caso andrà bene l'uomo, nell'altro l'agnello. Nota che le condizioni nelle quali il Corona propone l'operazione non sono identiche a quelle proposte da Bizzozero. L'unico dubbio che rimane col metodo Corona è quello relativo alla quantità; esser certo che gli strumenti sono sempre perfezionabili e tenuto conto delle cautele prese dal Corona prega il prof. Mosso a non escludere questo processo fra quelli della trasfusione peritoneale del sangue.

Il dott. Ascenzi parla di un processo semplicissimo adottato all'Ospedale della Consolazione di Roma per la trasfusione del sangue da vena a vena, fatta con esito felicissimo. Parla pure di un altro caso di cachessia palustre in cui fu fatto con pari fortuna la trasfusione all'Ospedale di S. Spirito.

Corona fa osservare al dottor Ascenzi che qui si tratta di trasfusione peritoneale e non della trasfusione della quale ha ora parlato.

Felletti Raimondo, ajuto alla Clinica Medica di Bologna. — **Sulle vibrazioni plessiche delle costole.**

Studiando le vibrazioni delle costole con un metodo grafico ha potuto stabilire che stanno in ragione diretta dell'elasticità e della forza di percussione, quanto al loro numero ed alla loro ampiezza. Che la costola vibra in tutta la sua lunghezza e contemporaneamente in parti aliquote: che diminuiscono le vibrazioni per l'unione delle costole ai muscoli intercostali o per qualche corpo privo d'aria che tocchi la superficie interna della costola: le vibrazioni sono più ampie sotto la percussione fatta con un corpo molle che con un corpo duro. Infine che la percussione degli spazii intercostali può dare vibrazioni costali che differiscono assai fra di loro in ragione inversa della distanza nella quale si percuote. — Con altre esperienze poi ha potuto trovare i *centri* e i *nodi* acustici delle costole i quali sono analoghi a quelli delle *verghe* fisse ai due estremi. — La presente comunicazione è saggio di un lavoro sperimentale che cerca di decidere la quistione della causa unica o principale del suono plessico del torace.

Ascenzi Rutilio. — **Nuovo graduatore pneumoterapico.**

Lo crede superiore e alla camera oscura e all'apparecchio di Waldenburg, giacchè col suo apparecchio l'aria è pura, graduabile istantaneamente e continua, vantaggiosa per medicare l'aria con catrame, con stramonio, ecc., e l'ammalato può contemporaneamente inspirare aria compressa ed espirare aria rarefatta.

Il dott. Petrini non avendo bene afferrato il meccanismo delle chiavette per le due arie domanda spiegazioni in proposito.

Il Presidente risponde che il vantaggio dell'apparecchio del dottor Ascenzi consiste nell'avere una chiavetta doppia mediante la quale premendo successivamente una o l'altra molla di essa si può nei due tempi

respiratorii fare inspirazioni coll'aria compressa ed espirazioni nella rarefatta.

Il prof. Riva osserva che da anni usa nella sua Clinica l'apparecchio di Schintzler col quale si possono avere contemporaneamente le due arie rarefatta e compressa.

Il dott. Ascenzi risponde che a differenza degli altri nel proprio apparecchio le rarefazioni sono automatiche.

Il presidente chiude la discussione facendo notare che questa del dott. Ascenzi non è che una modificazione all'apparecchio del Waldenburg, sul quale evidentemente si hanno molti vantaggi.

Riva Alberto, Professore di Clinica Medica in Perugia. — **Sugli aspiratori injettatori.**

Il prof. Riva dopo alcune considerazioni d'ordine generale fa un confronto tra i più recenti aspiratori injettatori, del Potain, del Turati, del Paoletti. — Le siringhe del Potain e del Turati sono eguali: quella del Paoletti differisce dalle altre inquantochè l'invertimento della funzione (aspirazione e pressione) si fa mediante una chiavetta.

Il Potain manca di una bottiglia propria, ma si serve di una qualunque a cui si possa adattare il tappo e ne mostra il danno volendosi fare l'injezione perchè occorre graduarla; mostra la differenza fra quella del Paoletti e del Turati la quale ultima porta il tubo scaricatore. I porta trequarti Potain e Turati sono uguali: quello del Paoletti invece è un sistema a due chiavette alla parte posteriore dei quali si innesta il tubo scaricatore: mette in chiaro i vantaggi di tale disposizione.

L'empiema viene curato quasi sempre col taglio intercostale: molto difficilmente da sè guarisce e nella letteratura medica son riferiti ben pochi casi. Qualche volta guarisce spontaneamente, ad esempio, coll'apertura dei bronchi. La regola generale è che non ha tendenza a guarire. Per lo più compare una bozza e si forma una empiema *necessitatis*, si ha la fistola toracica e molte volte l'ammalato muore di consunzione che potrebbe chiamarsi tisi pleurale. Noi dovevamo seguire i tentativi della natura facendo l'apertura nella parete toracica. Questa operazione ha grandi vantaggi: apre una comunicazione estesa, lascia sgorgare il pus, e se le cose procedono regolarmente, fatta l'apertura, la febbre declina rapidamente sino alla guarigione. Questo mezzo di cura a cui oggi si ricorre non è l'ideale della cura perchè pur troppo non rare sono le morti e perchè la guarigione solo si ottiene con un tempo assai lungo, non meno di cinque mesi — tempo del resto il più delle volte inferiore alla media. Seguendo l'esempio di altri clinici l'Autore fatto le lavature intratoraciche servendosi dell'apparecchio Paoletti. Dal lato teorico le lavature intratoraciche apneumatiche sono più lodevoli dell'apertura intercostale e più accettabili giacchè in quest'ultima, se lasciamo uscire il pus, permettiamo all'aria di

entrare e noi sappiamo che quest'aria esercita una potente azione meccanica sul cavo pleurico. Lascia in disparte la notissima quistione dell'ingresso dell'aria nel cavo pleuritico, la quale permette al polmone di ritornare su sè stesso. L'ingresso dell'aria ha azione analoga a quella della presenza del liquido che c'era prima, ma non esercita una pressione positiva. Sottratto quel liquido il polmone non può distendersi come in condizione normale per molte e molte ragioni, e tra le altre per il rivestimento di fibrina o per successivi imbrigliamenti o per saldatura colle pareti. Così nella cavità pleurica si costituisce un cavo più o meno ampio. La forza che farà avvicinare le pareti è rappresentata dapprincipio dalla sottrazione della pressione positiva esercitata dal liquido, nonchè dalla sottrazione del peso di questo: esaurite queste forze resta il lavorio infiammatorio che salda tra loro i punti più vicini e così lentissimamente si riduce il cavo.

Se noi invece del taglio ci serviamo delle lavature, le condizioni meccaniche sono differenti; inoltre l'ingresso dell'aria ha altri inconvenienti: la possibilità che possano entrare germi di fermentazione. E tutti sanno che molte volte dopo qualche giorno dall'apertura, il liquido diventa di un odore sì fetente che non scompare neanche coll'uso il più rigoroso delle lavature antisettiche le più potenti. Descrive un apparecchio speciale per fare in simili casi delle injezioni continue e ritornando sull'argomento nota come esclusa l'aria si sono esclusi i germi di fermentazione. Qualcuno però potrebbe obbiettare che anche esclusa l'aria non sempre si evita la decomposizione del pus. Ciò malauguratamente è vero, ma questi casi ora gli succedono assai più di rado che per lo passato.

Ecco come procede: si lava le mani in una soluzione fenicata al 5 per 100 e nello stesso modo la parte su cui farà la puntura; lava l'apparecchio con acqua bollente e che fa bollire egli stesso: insiste su questa particolarità giacchè ha trovato in simili casi l'acqua bollente molto vantaggiosa più di qualsiasi altra cosa. Mette pure il trequarti nell'acqua bollente e lo insinua nello spazio intercostale senza preventivo ungimento: il liquido fenicato da injettarsi sarà ad una temperatura di 32 gradi. Fatta l'aspirazione per evitare la comparsa delle bolle d'aria ricaccia all'esterno un centinajo di centimetri cubici del liquido estratto. E così si assicura che l'apparecchio è disinfettato, che il liquido è antisettico e che non vi è bolle d'aria. Fa entrare nel torace il liquido preparato nella quantità all'incirca o poco più all'estratto: in generale, interrompe l'injezione e chiude la chiavetta quando l'ammalato incomincia a sentire pieno il torace: è questo un mezzo sicurissimo in ispecie negli ammalati sottoposti a ripetute lavature.

Conclude: dopo che fa le lavature intratoraciche ha dei buonissimi risultati: per eseguirle si deve preferire al Potain e al Turati lo strumento del Paoletti: col taglio intercostale aveva prima una media di 5 mesi di degenza all'Ospedale: colle lavature ha ridotto questo

tempo a due mesi. La temperatura da 40°,5 o 40° l'ha vista discendere nel giorno dopo a 36°,5 a 37°. Se risale a 38° (e ciò succede per lo più dopo due giorni) rifà la puntura e le lavature, e se dopo altri due giorni risale ancora a 38°, ripete una terza puntura. Il liquido va sempre diminuendo, e così, ad esempio, se alla seconda puntura si sono estratti 800 grammi di pus, alla terza saranno invece 750, alla quarta 700 e così di seguito. Infine ha osservato che la temperatura si abbassa notevolmente anche nella giornata stessa delle lavature.

Molte sono le obbiezioni che si possono fare a questo processo, obbiezioni che l'Autore vorrebbe cercare di confutare sin d'ora: impedendoglielo la ristrettezza del tempo si riserba di rispondere a coloro che gli faranno l'onore di parlare su tale argomento.

Il prof. Maragliano, cede il seggio al prof. Vizioli, per prender parte alla discussione.

Sonvi due ordini, ei dice, d'idee da considerare: l'apparecchio e il metodo. L'apparecchio è buono nè ei lo critica. Qui ci si presenta però una domanda. È vero che se non si fa l'apertura apneumatica avvengano tanti guai quali ha segnalato il professor Riva? Io credo di no. L'azione meccanica dell'aria è differente a seconda penetra in soggetto sano o quando le condizioni della pleura sono modificate in modo da non aver timore di questa azione meccanica. Egli stesso, il disserente, ha fatto tali aperture nella Clinica di Genova. Del resto col metodo antisettico siamo certi di non far male. Quindi l'apparecchio se vi è puossi adoperare con vantaggio, in caso contrario si può fare coll'altro metodo. Crede poi sia meglio usare i liquidi antisettici che adoperare l'acqua bollente nella quale parecchi microrganismi possono vivere. Oggi nessun chirurgo vorrebbe rinunciare ai liquidi antisettici a favore dell'acqua bollente. Il prof. Riva dice che la temperatura si abbassa ed il Maragliano lo crede in virtù del passaggio dell'acqua. Quindi relativamente a questo punto non crede si debba esagerare l'importanza dell'apparecchio a danno del metodo primitivo.

Quanto all'indicazione dirà che quando abbiamo tali apparecchi sappiamo che si possono usare. È perfettamente d'accordo dicendo che si abusa degli aspiratori che hanno l'inconveniente di dare origine ai mali che si attribuiscono alla toracentesi, perchè l'aspiratore vuota inconsciamente, nè il manometro ci garantisce. Crede quindi debbasi inculcare ai medici pratici di mettere in disparte gli aspiratori ed usare invece la toracentesi. Il metodo del sifone rende semplicissima l'operazione. Basta un trequarti con un tubo di gomma elastica ripieno di sostanza liquida antisettica e il liquido sorte proporzionatamente alla capacità espansiva del polmone. Quindi l'uso di questo metodo è il più sicuro ed il migliore. Conclude: non critico l'apparecchio, credo esagerate le critiche al vecchio metodo e credo infine siano da abbandonarsi gli aspiratori.

Il prof. Riva risponde: Sono troppo autorevoli le parole del prof. Mara-

gliano per non esserne impressionati della sua opposizione; ma la credo non troppo giusta e quale non mi aspettava dall'illustre clinico di Genova. — Dico subito che quanto agli aspiratori sono della stessa opinione. Ma questo argomento non deve occuparci. Ho inteso e ho parlato di proporre le lavature nei soli casi di empiema. Il prof. Maragliano ha detto che nell'empiema lo stato dei tessuti è tale da non far temere l'aria. Ciò non ammetto. Quando coll'aspirazione otteniamo la pressione negativa minore di quella che esiste d'intorno, allora avremo l'espansione polmonare, l'avvallamento delle pareti, il sollevamento del diaframma. Il non ammettere questo, non lo posso comprendere. Quanto poi agli antisettici so ed ammetto che dal punto di vista chimico biologico sono utili. L'inspirazione che succede ai colpi di tosse rende ben problematica la azione dello Spray perchè si aspira in un circuito ben più esteso dell'azione dello Spray stesso. La medicatura poi nei primi giorni è tanto inzuppata che l'azione antisettica di quella diventa nulla o quasi. La mia statistica coll'apparecchio Paoletti è eccellente, perchè la decomposizione non avviene più. Rispondo ancora ad una cosa. Fatte le prime lavature avendo l'avvertenza di fare un'aspirazione debole si può impedire quelle violenze che sono ragionevolmente temute del prof. Maragliano. Io lascio che il liquido esca in virtù dell'aspirazione fatta col tubo solo nel dislivello di 50 centim. che procuro fra l'ammalato e le bottiglie. Evidentemente sono costretto a fare un lievissimo colpo di stantuffo per impedire la pressione positiva della bottiglia.

Maragliano replica che il suo concetto non è quello di negare che la pressione negativa possa favorire l'espansine del polmone, ma vuol dire che colla pressione addominale otteniamo molto di più: ecco il concetto. Ripete che soltanto si permette di notare, che senza criticare l'apparecchio, anche col metodo vecchio si può tenere lo stesso effetto.

Sorge il dott. Petrilli per ripetere e accettare le idee espresse dal prof. Maragliano e accenna ad un caso pratico in cui con metodo semplice ottenne la guarigione e non crede si debba escludere l'antico metodo.

*(20 Settembre).*

PROTA-GIURLEO NESTORE. — **Sul salicilato di canfora (1).**

PETRILLI RAFFAELE. — **Sul solfato di chinina nelle donne gravide.**

Conclude che il prezioso medicamento non produce l'aborto nelle donne gravide afflitte da febbri intermittenti.

Il dott. Davide Bartolozzi trova importante la comunicazione del

---

(1) Vedi la Sezione di *Chimica* e *Farmacia*.

dott. Petrilli, ed accenna ad un suo caso nel quale, non avendo somministrato il chinino in donna gravida, presa da febbri periodiche, seguì l'aborto.

PETRILLI RAFFAELE. — **Sulla verminazione e sulla cura del solfo nella difterite.**

Il Presidente dice che quest'argomento dovrebbe attirare l'attenzione dell'assemblea: contro la difterite tutti vantano dei successi, e ciò si deve se certi soggetti presentano una chiazza o parvenza di difterite, ma non vi sono i fenomeni generali e guariscono poi con semplici gargarismi. Ha accolto con diffidenza la proposta delle injezioni ipodermiche o per le vie digestive della *pilocarpina*, che non ha creduto conveniente tentare contro le malattie in discorso, mentre potrebbe provarsi lo zolfo proposto dal dott. Petrilli perchè è innocuo.

VIZIOLI FRANCESCO. — **Il dinamografo nello studio dell'atassia.**

Partendo dal concetto dello Hammond s'è valso del dinamografo, e in sua vece dispone il sfigmografo di Marey e il dinamometro ordinario in modo da misurare la tonicità muscolare. Parla delle diverse forme di atassie che ha studiate sotto l'aspetto se la malattia sia neuropatica o miopatica (1): e dai suoi studj ha concluso che il dinamografo è utile nelle atassie quando è difficile stabilire se si tratti di questa terribile malattia o no, e ciò in base alle oscillazioni che sono visibili nella curva e non ad occhio nudo.

MARAGLIANO EDOARDO. — **Di una nuova forma di neurosi.**

L'infermo, che presenta all'adunanza, non dà a vedere alcun disturbo, e le respirazioni oscillano da 18 a 22. Se se ne spruzza il torace con acqua fredda, o si tocca con una corrente elettrica si ottiene una frequenza respiratoria che sale sino a 150 o 160 respirazioni per minuto. L'ammalato diventa afono senza ortopnea, senza arrossamento delle mucose ed assume qualsiasi posizione: nello stesso tempo non può deglutire che con difficoltà grandissima. La cianosi non si presenta: nel torace non troviamo in tale condizione alcun rumore anormale, il polso non aumenta o tutto al più poche battute in più. Presenta i tracciati grafici ottenuti prima e dopo l'accesso, e fa notare come le differenze siano rilevantissime: inoltre altri tre tracciati presi durante l'accesso a diverse altezze del torace fanno notare come le oscillazioni diventano sempre maggiori a misura che si discende verso l'addome. — Durante l'accesso i muscoli del collo danno oscillazione assai poca: quella dei muscoli addominali massima: il torace quasi immobile. — Durante

(1) Studiava pure l'altra orma morbosa della *rigidità muscolare per inefficacia della volontà.*

la state l'ammalato sta anche delle giornate senza avere accessi, mentre nell'inverno questi si ripetono anche due o tre volte in un giorno.

Gli accessi si manifestarono più volte nel gennajo 1881 ed il malato entrò nella Clinica generale nel febbrajo 1882.

Il professore facendo l'illustrazione del caso dimostra che il disturbo respiratorio non può essere mantenuto da alcuna alterazione materiale degli organi toracici; dice di non aver trovato nella letteratura medica casi di nevrosi respiratoria analoghi al presente e ritiene che la forma morbosa sia mantenuta da turbata innervazione dei muscoli espiratorii.

Il dott. Moretti notando la grandissima importanza del caso esposto, dice che dal suo posto gli pareva d' aver visto gli sterno-cleido-mastoidei ingrossati, e mentre gli altri muscoli funzionano nulla o assai poco, essi si trovavano in posizione tonica; ciò potrebbe far pensare che fossero in istato di eccitamento i nervi che regolano detti muscoli, cioè la branca del Willis.

Il dott. Monselise fa alcune considerazioni sul caso presentato dal prof. Maragliano: per l' oratore l' afonia e la disfagia non sarebbero nè spastiche nè paralitiche: contrazioni libere indifferenti quelle dei muscoli inspiratorii. Il petto si contrae molto nelle costole e questa sarebbe una contrazione spastica mentre l'espiratoria addominale sarebbe molto meno spastica. Gli pare cosa affatto indipendente l' alterazione funzionale laringo-faringea, e che la contrazione funzionale sia da circoscriversi ai muscoli inspiratorii toracici. La difficile deglutizione la spiega per l' avvenuta ristrettezza del torace, l' esofago funziona poco, e così l' afonia dovuta all'aria che vi arriva in debole corrente. La contrazione muscolare ei la restringerebbe ai muscoli toracici, così si stabilirebbe meglio la sede del male: vorrebbe fossero esclusi i nervi vago, undecimo ed in parte gli addominali limitandosi ai toracici spinali. Insomma si avrebbe una specie di piccola epilessia dei muscoli toracici.

Il prof. Riva soggiunge d'aver avuto occasione di vedere casi di respirazione alterata, pure questo è uno dei più belli e spiccati. Conviene con Maragliano che non sianvi disturbi laringei materiali e ammette con lui una lesione puramente nervosa. Pare al prof. Riva che la contrazione dei sterno-cleido-mastoidei non esista. — Relativamente all'esclusione che vuole il dott. Monselise della laringe dal partecipare all'alterazione non ne conviene: l' afonia non parrebbe dipendere solo da effetto dell' aria espirata, sibbene crede che entri anche qui l' elemento nervoso, come pure il turbamento respiratorio si estenda alla faringe. Non conviene però che solo i muscoli espiratorii siano attaccati, e vuole sia preso in considerazione anche il diaframma. Per lui la contrazione del diaframma è una vibrazione leggiera, è un'escursione piccola, quindi non può aversi la produzione del singhiozzo. Importa ricorrere al diaframma e se vogliamo localizzare è assai meglio mettere in campo cotesto muscolo.

Il dott. Petrilli chiede per sua istruzione se il caso sviluppandosi

in una donna possa dirsi si tratta di isterismo. Qualcuno ha studiato l'isterismo maschile: domanda al Maragliano se questa diagnosi è possibile.
Il Vizioli vuole sottomettere due quistioni: ebbe una signorina a Frasso presso Napoli che presentava l'identica forma. Qui si trattava evidentemente di isterismo. Era tale l'intensità e la frequenza degli atti respiratorii che per nutrire questa ragazza le si doveva mettere della gelatina in bocca ove si discioglieva e in certi momenti ne passava un po'nell'esofago. La forma attuale ha riscontro con una forma sperimentale. È l'esperimento di Rosenthal, vale a dire l'eccitamento del laringeo superiore nel cane, nel quale il torace diventa immobile, l'afonia sopravviene e i muscoli addominali ondeggiano e si scuotano come nel caso che abbiamo sott'occhio. — Chiede se si possa ammettere il granchio dei muscoli espiratorii, donde le contrazioni addominali che sono date dalle scosse addominali prodotte per essersi soffermato il torace nella fase espiratoria, non per alterazione e convulsione propria.
Il prof. Maragliano fa notare che le quistioni sorte intorno al caso esposto sono di forma morbosa e di patogenesi. — Il dott. Moretti ha parlato dei muscoli sterno-cleido-mastoidei, il Riva, il Monselise, il Vizioli hanno espresso il dubbio che la contrazione dei muscoli addominali sia passiva. Quanto ai muscoli sterno-cleido-mastoidei non sono questi in istato di spasmo perchè le respirazioni sono 160 al minuto: quindi è notevole che lo sterno-cleido-mastoideo è quasi sempre in contrazione, e del resto anche le contrazioni toniche altro non sono che moltissime contrazioni parziali e ripetute. Quanto alle contrazioni addominali dice che le pareti toraciche entrano in azione dopo che i muscoli addominali hanno cominciato le loro contrazioni a forma veramente coreica. Risponde al prof. Riva che il diaframma se fosse causa di tanto disturbo dovrebbe dare origine al singhiozzo; oscilla sì il diaframma, ma non è esso che trasmette l'urto ai muscoli addominali che si contraggono ed oscillano indipendenti. Il dott. Monselise chiedeva se i scotimenti laringei e faringei debbano tenersi attivamente compresi o siano semplice conseguenza. Si rimette in questo alla patologia degli spasmi in quanto si riferisce alla legge degli spasmi associati. Il professor Vizioli diceva credere ai movimenti addominali consecutivi all'immobilità del torace ed accenna all'esperienza sul vago. Nega anche vi sia alterazione del vago. Il dott. Petrilli ha chiesto se si tratta d'isterismo maschile od ipocondriasi: non esclude il Maragliano che si possa spiegare con questo nome la forma attuale, giacchè *tutto è convenzionalismo di nome*; ma manca la forma proteiforme, ed invece abbiamo una forma unica. Conclude: nevrosi dunque, vale a dire alterazione puramente funzionale del sistema nervoso.

*(21 Settembre).*

VIZIOLI. — **Del crampo funzionale.**

Per illustrare i *crampi funzionali* presenta un suo ammalato che

ha fatto venire appositamente da Napoli. Tutti conoscono le difficoltà di interpretare i così detti crampi funzionali dei violinisti, dei telegrafisti, ecc. È difficile conoscere se l'origine è centrale o periferica. Il caso che presenta non è un crampo, ma una vera contrattura permanente. L'ammalato è di professione violinista, e suonando giorno e notte per 40 anni di seguito non ebbe mai disturbi di sorta alcuna: solo una volta per fatica soverchia avendo fumato più giorni e più notti di seguito, fu colto da deliquio e da febbre, e quando si alzò guarito s' accorse di essere in una posizione anormale, nello stato cioè in cui trovasi presentemente da ben 9 mesi. È un uomo bruno, intelligente, onesto. La sua mano sinistra trovasi come se premesse le corde del violino, con una rotazione all'esterno: la destra invece in abduzione e in atteggiamento di sostenere l' arco. Dai bagni di Ischia ottenne un eggiero miglioramento, ed ora che non può più suonare il violino, suona il sistro. In questo caso evvi origine centrale? Pare si possa rispondere affermativamente e perchè è pervenuta di botto in entrambe le mani e perchè è permanente. L' origine è unica o doppia? Sembrerebbe sulle prime che si dovesse ammettere *doppia*, ma ciò è estremamente difficile. L' iperemia che accompagna gli organi funzionali è diventata in questo caso eccessiva, una vera emorragia. Certi movimenti coordinati in modo che si apprendono dopo lunga abitudine, stabiliscono la coordinazione in certe cellule cerebrali. — La lesione tutto che centrale può essere ammessa come unica.

Il presidente Maragliano domanda se in questo caso è applicabile la cura meccanica, e chiede al prof. Vizioli la sua opinione in proposito.

Il prof. Vizioli ha esperimentato due volte il metodo di Wolf: in un telegrafista intelligente ottenne ottimo successo; dell' altro caso non ebbe più sentore alcuno. Crede giovi all'ammalato la cura meccanica: e questa verrà tentata oltre alla corrente elettrica. A Napoli simili ammalati mandansi in apposite stufe, alle quali manderà il proprio ammalato.

PERRONCITO. — **Sulle vaccinazioni carbonchiose o meglio dell'innesto preventivo del carbonchio.**

Accenna all'importanza della scoperta relativa all' attenuazione dei virus in generale, colla quale si connette quella della trasformazione del *Bacillus anthracis* da maligno, quasi costantemente mortale, in benigno e preservativo del morbo stesso. Colla vaccinazione Pasteur si debbono praticare due o tre innesti con virus attenuati, gradualmente di forza maggiore per ottenere la immunità dal carbonchio spontaneo o provocato artificialmente.

Fatto codesto che implica un tempo non minore di 24 a 30 e più giorni dopo la prima inoculazione preservativa, durante il quale una mandria infetta può venire spopolata. Il dott. Pagani di Piacenza di ri-

torno dalla Francia ov'era stato inviato da quella provincia si fermò a trovare il Perroncito a Torino, e per le ragioni suindicate gli manifestò il dubbio che potesse la vaccinazione carbonchiosa Pasteur diffondersi e trovare una estesa e pratica attuazione.

Eccitò così il Perroncito a occuparsi dell'argomento e ridurre, se fosse stato possibile, ad una sola l'inoculazione preservativa del terribile morbo.

Perroncito accolse favorevolmente gli eccitamenti del Pagani e si diede tosto all'opera. Colle sue culture e coi suoi metodi riuscì nello scopo che si era prefisso. Comunicato il fatto al dott.r Pagani il benemerito Comizio Agrario di Piacenza si fece iniziatore di una pubblica prova colla unica inoculazione, o meglio, unico innesto preservativo del Perroncito.

Le prove ebbero principio il 26 scorso agosto sopra 12 animali, dei quali cinque bovini dovevano essere vaccinati (innestati), gli altri servire per la prova testimoniale. Gli animali vaccinati ebbero reazione più o meno intensa o leggera senza che perciò menomamente dimagrassero.

Il giorno 9 settembre furono inoculate due pecore con virus forte dal Perroncito stesso, di guisachè una di esse moriva di carbonchio due ore prima del tempo fissato per l'esperimento finale, o prova testimoniale. Il giorno 11 successivo verso le 10 antimeridiane s'inoculò mezzo centimetro cubico circa del sangue defibrinato del cuore della pecora, veduto prima ricco di bacterj a tutti gli animali vaccinati ed ai non vaccinati.

I vaccinati non soffersero menomamente nè presentarono alcun aumento di temperatura, mentrechè degli animali testimonj due morirono il secondo giorno, un terzo dopo 60 ore, un quarto lo lasciò morente il mattino del giorno 19 ed il quinto gravemente malato.

La prova sarebbe quindi riuscita perfettamente. Il Perroncito però aveva contemporaneamente sperimentato il suo vaccino o liquido d'innesto sopra un centinajo di capi di bovini in una campagna infettissima del Tortonese, dove si era fatta quasi una generale vaccinazione cioè 98 bovini, di cui uno già gravemente malato, erano stati vaccinati col suo liquido, e 41 col vaccino debole sistema Pasteur: 12-15 animali rimasero da vaccinare. Dei primi non si ebbe un solo insuccesso; nessuno più contrasse il carbonchio. — Dei secondi qualcuno morì ancora di carbonchio, come si ammalano pure di carbonchio bovini non vaccinati.

Questi sono finora i fatti che dimostrano l'efficacia dell'unica vaccinazione carbonchiosa del Perroncito.

Oltre a questi studj il prof. Perroncito altri ne ha fatto assai importanti. Il Comizio agrario di Piacenza prese l'iniziativa per fare eseguire uno esperimento colle relative prove testimonali. Gli animali raccolti e sottoposti ad esperimento furono 12. Cinque furono vaccinati,

gli altri furono lasciati come semplici spettatori. Al 17.° giorno inoculò in tutti un mezzo centimetro cubico di sangue carbonchioso di una pecora morta per carbonchio — ed era una delle sette prima non vaccinate, poi dopo vaccinate. Dei sette adunque non vaccinati cinque son morti, uno è in pericolo di vita, il terzo è in condizioni assai gravi. Gli altri cinque poi precedentemente vaccinati stanno sempre bene e mai ebbero aumento di temperatura: ciò che dimostra l'efficacia dell'innesto preservativo del carbonchio col metodo Perroncito.

Il prof. Corona domanda quali sono i caratteri che presentano gli ammalati quando hanno avuta l'inoculazione del virus carbonchioso attenuato.

Il prof. Perroncito ha visto che si ha una febbre più o meno intensa che può essere anche leggierissima, e in molti casi osservò che possono immediatamente lavorare.

Il prof. Corona, riprendendo a parlare, pone questa quistione: se, in vista della trasmissione del virus carbonchioso all'uomo, potesse tentarsi l'inoculazione carbonchiosa nei vaccai che avvicinano animali che sono affetti da carbonchio.

Il prof. Perroncito afferma che in Francia ciò si è fatto, ma con un debole virus. È però quasi impossibile uomo o donna che sia, a trovare persone che si prestino a lasciar tentare su loro stessi simile sperimento, ed ora non può pronunciarsi in proposito.

Il Presidente prof. Maragliano ringrazia il prof. Perroncito della dotta memoria: fa gli elogi di esso e mostra la grande importanza della comunicazione, che stabilirebbe la cura delle malattie infettive, con vaccinazione preventiva. Anche per il vajolo fu accolta con diffidenza ed ostilità la vaccinazione, ed augura che seguitando a studiare questo argomento si abbiano un giorno dei risultati analoghi a questi, nella cura, ad esempio, della difterite.

MASSEI FERDINANDO. — **Del mughetto laringeo.**

Poco sappiamo intorno al mughetto laringeo. Il disserente ebbe due casi. Il primo fu una donna che soffrì morbillo, itterizia, orticaria, così che la convalescenza fu assai lunga e contrastata da un mughetto laringeo. Praticato l'esame laringoscopico vide una essudazione stratificata, che ricordava la crupale, nella laringe. Poche polverizzazioni di acqua di calce e di borace guarirono l'inferma. — Per la seconda osservazione trattavasi di un figliolino di uno stalliere che presentava i caratteri di laringostenosi: bambino cianotico, estremità fredde. Abbassata la lingua vide distintamente l'epiglottide coinvolta da un essudato bianco. Introdotto il catetere, vide respirazione assai diminuita, ritiratolo vide tornare benissimo la respirazione. Esaminata al microscopio la materia ritirata col catetere si trovarono spore di *oidium albicans*.

Per le sue osservazioni l'Autore è venuto alle seguenti conclusioni. Esiste un mughetto: il mughetto laringeo è secondario al faringeo e

all'orale. I sintomi del mughetto laringeo dipendono dalla sede e dalla copia dell'essudato, giacchè se è abbondante e risiede nella cavità della laringe si può avere la laringostenosi, se invece è alla periferia dell'organo si ha la disfagia. — Nella cura quando si svolgono i mughetti, si userà il catetere che ha molti vantaggi e che non presenta — almeno sin ora — alcun disturbo. Queste osservazioni stampate nel giornale di Laringoscopia, le ripete in questo Congresso, anche perchè se comparirà di qui a qualche tempo il mughetto laringeo nell'orizzonte scientifico sotto l'egida di un nome altisonante o di provenienza straniera, si possa dire: questo lo sapevamo anche noi.

Il Presidente, dopo gli opportuni ringraziamenti, crede interpretare il desiderio dell'assemblea pregando il valente laringoscopista a dire la sua opinione sulla introduzione del catetere nel croup.

Il prof. Massei ben lieto di rispondere a tanta eletta schiera di colleghi, dichiara francamente che nel croup ha molta paura del cateterismo laringeo, mentre lo fa volontieri nelle stenosi croniche. Innanzi tutto crede che noi dobbiamo tener presente questo, che il difetto di abduzione delle corde vocali dipende da ingorgo nei tessuti intorno alla articolazione crico-aritnoidea. Sarebbe una laringite flemmonosa con essudato membranoso: la presenza quindi sulla mucosa infiammata di un corpo estraneo non può far bene. Inoltre evvi la probabilità di provocare col cateterismo una laringostenosi mortale, giacchè può incontrare una membrana e spingerla incontro alla biforcazione, quindi asfissia. Bisogna tenere pure il cateterismo in permanenza, e ciò è per i più dei casi impossibile. Infine il cateterismo può provocare gravi fenomeni di laringostenosi. Egli tenta prima la sensibilità della laringe; apre volontieri la trachea nel croup, anzichè adoperare il cateterismo che non ha alcun vantaggio.

Becchini Stefano. — **Sopra alcuni caratteri speciali del reumatismo articolare nella provincia di Grosseto.**

Il reumatismo articolare, o come è chiamato in montagna dal volgo, *rappresura*, insorge oltrechè per le perfrigerazioni ed influenze atmosferiche per altre cause che non si possono determinare. Compare con piccioli brividi, dolori di capo, poi calore urente indolenzimento delle membra: dopo l'invasione della febbre l'ammalato si agita e la temperatura dopo 2 o 3 ore sale anche oltre i 40°,5 e i 41°. Pelle e lingua asciutte, scomparsa d'appetito: notevole quantità d'albumina nelle orine, milza tumefatta e dolente, temperatura elevatissima nei primi 5 giorni, a 40° e più; e dopo questo tempo incomincia a decrescere. Frequenza del polso da 100 a 120. Dopo otto o dieci giorni viene in scena un profuso sudore, dietro al quale la temperatura si abbassa, diminuiscono le pulsazioni, l'ammalato riacquista l'appetito e ricupera le forze. Mai si verifica un secondo accesso. Il dott. Becchini confronta questa forma colla febbre continua semplice e colla comune febbre reumatica e ne

rileva le differenze. Parla a lungo dei metodi curativi e sottopone le sue osservazioni al giudizio dei colleghi.

FEIGNANI RICCARDO. — **Caso di atassia locomotrice progressiva.**

Fatta l'anamnesi e l'esame obbiettivo da cui risulta la quasi unilateralità all'arto inferiore sinistro dei sintomi di incoordinazione dei movimenti, parla intorno alle cause di questa anomalia.

Esaminato attentamente l'arto inferiore destro, non può ammettere che la denutrizione nervosa del medesimo possa causare questo fatto, perchè esso si trova in condizioni perfettamente normali. Dopo tutto notando che l'atassia locomotrice dipende da sclerosi diffusa dei cordoni posteriori del midollo spinale, opina essere possibile questa forma non comune di malattia nel caso che le chiazze atrofiche si trovano più specialmente in quella parte che dà le sue diramazioni nervose all'arto sinistro.

(*22 Settembre*).

GENERALI FRANCESCO. — **Dell'echinococco nell'ovaja.**

Descrive il caso di una donna che ebbe nella sua Sezione all'Ospedale di Modena, a lui ceduta dal collega dott. Costantino Zanasi nel cambio di turno. Per brevità non enumera le ragioni per le quali confermò esso pure la diagnosi di cistovario già fatta dall'egregio suo collega, si limita solo ad esporre quali furono le ragioni per le quali diagnosticò una cisti ovarica, concamerata, colloide. L'ascite che produceva gravi disturbi meccanici fu operata, e da ciò la diagnosi risultò più evidente, ma non credette di dover consegnare l'ammalata al chirurgo perchè lo schok o l'esaurimento avrebbero certamente uccisa l'inferma già troppo deperita, con grave danno del prestigio che omai si è acquistata l'ovariotomia che deve esser fatta solo in base a severe indicazioni, e con maggiori probabilità di buon successo.

Avvenuta poco tempo dopo la morte e fatta l'autopsia dall'assistente di Sezione dottor Carlo Cividalli, fu confermata pienamente la diagnosi generica, ma non la speciale materia della cisti. Senza occuparsi dei dati generali del cadavere e degli altri visceri che presentavano poco di interessante, il dott. Generali si limita a parlare dell'ovaja sinistra. Questa era trasformata in una enorme cisti a superficie liscia, contenente qua e là qualche prominenza a grande curvatura. Aperta la cisti si è presentata ripiena di innumerevoli vescicole di aspetto delle cisti da echinococco, grandi da un grano di canape ad una noce avellana e più. L'involucro del tumore era fatto all'esterno dalle sierose, poi dalle fibrose proprie, poi all'interno era tappezzato da una membrana apparentemente formata da lasso connettivo letteralmente coperta da piccole vescicole che formavano tutto attorno alla cavità interna un elegante contorno. Aperte le vescicole si trovarono

ripiene di un liquido trasparente, opaco, non albuminoso, contenente cloruro di sodio in massima parte. Esaminato però al microscopio si rinvennero abbondanti i noti uncini, e tosto dopo perfette forme dello scolice di echinococco, alcune piatte altre a dito di guanto. La diagnosi quindi non era più dubbia, e a maggior conferma del fatto il dott. Generali presenta alcuni campioni di vescicole intere, mentre il prof. Perroncito prepara al microscopio il parassita. Oltre la cisti maggiore si trovarono altre cisti minori nel mesenterio di struttura analoga alla precedente. Come erasi sviluppato l'echinococco nell'ovaja? Cita parecchi casi osservati dagli Autori in cui il parassita era in diverse parti del corpo, e il disserente stesso racconta un altro fatto in cui l'ecchinococco era in una cisti nata fra i muscoli del collo in un giovanetto. Nel caso attuale però crede che la via tenuta dal verme sia stato in prima nel mesenterio, poi sia passato nell'ovaja, sviluppando ivi un tumore maggiore per la grande facilità che ha quest' organo a dare origine alle cisti.

Crede il disserente che la diagnosi di echinococco non sia facile e si estende a far rilevare la poca importanza che ha il fremito nel palpamento, e cita in proposito il caso di una inferma di cisti ovarica che pur trovasi all'Ospedale e nella quale il fremito era manifestissimo e tipico, mentre altro non è che una cisti colloide comune, appena un po'emorragica come ha fatto rilevare la semplice puntura. Quanto alle indicazioni operative dice che una volta che il chirurgo si trova di fronte ad una cisti ovarica per echinococco, abbia da soddisfare a qualche indicazione imprevista come l'esportazione di tumori secondarii, e nota da ultimo come questo possa essere il caso di recidiva del tumore addominale. Del resto, non intese che di denunciare il fatto alla medica letteratura.

Il Presidente fa notare che questo fatto è importantissimo, e forse il primo di questo genere.

Il prof. Perroncito soggiunge che quanto ha detto il Generali è pienamente conforme al vero, avendo esso pure ora trovato l'echinococco nelle vescicole esaminate come tutti potranno verificare.

Il prof. Giampietro dice che un tumore sottomascellare aperto, da lui osservato risultò costituito di ciste contenente un liquido albuminoso entro cui furono scoperti al microscopio degli echinococchi.

Perroncito Edoardo. — **Dell'anemia dei minatori.**

Dal 1880 ad oggi l'anemia del Gottardo ha fatto rapidi progressi e si vide come dipendesse dagli anchilostomi e in seguito anche dalle anguillule, ecc. Quest'anemia è di natura puramente parassitaria, e l'estratto etereo di felce maschio, l'acido timico od altre sostanze, eliminano gli elminti e mettono l'ammalato in condizioni tali che dopo, un mese o poco più, con la cura delle comuni anemie, si rimette completamente. Penetrata la quistione del Gottardo persino in Parlamento

dove si mosse un'interpellanza, i deputati Boselli e Compans di Bricheteau sollevarono un incidente ai quali rispose il Ministro della pubblica istruzione, dichiarando che l'anemia del Gottardo altro non era se non l'anemia dei minatori. In seguito a ciò fece un'inchiesta e diligenti ricerche nelle miniere d'Italia e fuori, soprattutto in Ungheria. In queste contrade, in ispecie nelle miniere di Sednitz, si notò la presenza di anchilostomi e di anguillule, i primi in grande quantità. Eccitò ad adottare la cura degli anemici del Gottardo e se ne ottennero gli stessi identici risultati. Anzi il medico capo di Sednitz, dott. Sillingher, che gli inviava continui e dettagliati rapporti, a 70 anni si ritirò dalla direzione di quel servizio medico scrivendo una commovente lettera al Perroncito, nella quale si mostrava lieto che fosse finalmente sciolta la gran quistione, e che si fosse trovato un mezzo per combattere radicalmente la malattia. Ed oggi nelle miniere ungheresi vigono leggi che rendono impossibile o estremamente difficile il propagarsi di questa malattia che da secoli e secoli era permanente e mieteva a centinaja le vittime. Ha pure fatto delle escursioni nelle miniere di Saint-Etienne e nelle solfatare di Lercara, e in entrambe trovò gli anchilostomi. Non nega che altre cause possono coincidervi, ma è certo ed indubitato che gli anchilostomi sono quelli che producono l'anemia.

Il dott. Arturo Guzzoni Degli Ancarani narra come nella Clinica Medica Modenese nell'anno scolastico 1880-81 furono accolti due operai provenienti dal Gottardo ed affetti da anemia. In uno di questi la scarsezza dell'emoglobina era tanta che non si potè misurare col cromocitometro di Bizzozero, giacchè anche a tutto spessore dello strumento, la fiamma si conservava trasparentissima. Sottoposti a cure ricostituenti si mantennero nello stato di prima: assoggettati alle cure proposte dal Perroncito, coll'estratto etereo di felce maschio, eliminarono una quantità stragrande di anchilostomi e guarirono completamente. Altri due operaj del Gottardo nell'anno corrente hanno abbandonato l'Ospedale guariti, dopo essere stati trattati col felce maschio. Questi quattro casi, appoggiano, se pure ve ne è il bisogno, la cura del Perroncito come la migliore che si conosca per combattere l'anemia del Gottardo.

Il dott. Falconi osserva come nelle miniere di Sardegna non vi siano anchilostomi e solamente si notò qualche caso proveniente dal Gottardo: domanda al prof. Perroncito se crede l'anemia esclusiva dei minatori.

Il prof. Perroncito risponde che l'anemia dei minatori vi è importata. In quanto alle regole igieniche, in Sardegna gli operaj sono condotti militarmente: fanno bagni assai spesso, e osservano certe norme fisse acciò le feci non vengano espulse e lasciate lungo le gallerie. In Sardegna non esistono anchilostomi, e ciò trova una ragione nel sistema igienico da anni adottato. Mostra quindi alcune larve d'anchilostomi.

Il prof. Rive, stando alle parole del dott. Falconi, vorrebbe sapere se nelle miniere di Sardegna evvi o no l'anemia.

Il dott. Falconi risponde: non vi esiste.

Il prof. Maragliano soggiunge: la cura proposta dal Perroncito e l'indirizzo allo studio della patogenesi della anemia del Gottardo hanno trovato conferma nelle cliniche. In Genova ne furono accolti circa cinquanta negli ultimi mesi in cui era direttore di Clinica il prof. De Renzi: l'oratore ne ha pure curati parecchi nell'anno in corso. Vide in tutti la verità della teoria patogenetica del Perroncito: nei minatori del Gottardo persisteva l'anemia se venivano curati coi ferruginosi: col felce maschio invece si ottenevano insperati successi di guarigione. A nome della Sezione ringrazia con effusione il prof. Perroncito.

Ferdinando Massei. — **Sulla cura della difterite.**

La cura dei rimedii proposti contro questa malattia mostra chiaramente quanto poco siamo soddisfatti di essi: le statistiche hanno il torto di non porgere dati comparativi e si limitano a registrare solo i primi risultati: ciò significa che in seguito quel rimedio ha fatto fiasco. Sulla idea patogenetica della difterite credo che tutti siamo d'accordo nell'ammetterla una malattia di infezione, e tutti noi non possiamo sconvenire della grandissima importanza della cura.

La medicatura potrebbe dividersi in modificante, disciogliente ed antiparassitaria. Credo anzi tutto che la maggioranza è conforme nel dire dannosi i caustici che non hanno azione parassiticida e neppure modificante, ma invece possono dare una flogosi, e subito ingorgo dei linfatici che si nota costantemente, e che può assumere proporzioni grandissime. Sono d'avviso che oggi siano ben pochi gli affezionati al caustico. Noi possiamo unire le due cure parassiticida e disciogliente delle false membrane in una sola. L'acqua di calce, sia pure diluita è migliore dell'acido lattico e non ha azione nociva come quest'ultimo sulla mucosa labiale. Dovremmo pure classare la pilocarpina che l'Autore ha provato: certi casi guarivano, quelli che sarebbero guariti altrimenti; altri no, ed eranvi quelli che sarebbero egualmente morti. La pilocarpina ha azione deprimente sul cuore, e noi sappiamo come la difterite ha tendenza all'adinamia e non è quindi vantaggioso l'uso replicato di essa, anche per il riguardo che la paralisi cardiaca ci strappa qualche ammalato nella convalescenza della malattia in discorso. La cura parassiticida ebbe voga: il percloruro di ferro, lo zolfo, l'acido fenico, il cloralio. Li ho esperimentati tutti e sono completamente scettico per tutti: però ammetto ed ho trovato che il cloralio nella glicerina può essere un discreto disciogliente: usai pure l'alcool. Disciogliere l'essudato non vuol dire aver guarita la malattia: ci vuole una medicina che paralizzi l'infezione morbigena. È fuori dubbio che nella scabbia hannosi rimedi che ci sono mallevadori della guarigione, mentre nella difterite questi rimedii non sono sì efficaci. Oggi non pos-

siamo che curare i sintomi, e la cura dell'angina difterica non deve essere stereotipa: comunque non si può disconoscere che l'alterazione che si sviluppa nelle fauci è un'infiammazione con un essudato a membrane stratificate. La metodica applicazione del ghiaccio è una medicatura che nei casi che vanno a favorevole esito fa bene: nei casi in cui evvi edema al collo che indica essere già l'affezione inoltrata, il ghiaccio dà qualche miglioramento. Noi ci siamo persuasi che il più razionale era il creare un'atmosfera medicamentosa in permanenza attorno al difterico, e mettiamo un polverizzatore a vapore costantemente in funzione nella camera, vicino all'infermo: localmente facciamo con molto garbo ogni 2 o 3 ore pennellature di cloralio con glicerina, uno in cinque, le quali se fatte a viva forza aumentano la flogosi e l'ingorgo glandolare. Nel secondo periodo quando le membrane cominciano a disciogliersi trovo utile il vapore acquoso: non poche devono essere le inalazioni ma in modo semplicissimo: basta che l'infermo respiri continuamente il vapore da una pentola che gli bolla di continuo vicino, e si faciliterà il distacco delle false membrane. Quando poi la copia delle false membrane è tale da mettere spavento si potrà ricorrere in allora all'inverniciamento che va fatto in questo modo: si asciuga la gola con carta bibula e la si pennella con una soluzione, nella proporzione di uno per cinque di balsamo del Tolù, e se ne ottengono vantaggi. Il dire però che con questa medicatura si riesce vittoriosi è un assurdo. Abbiano presente i medici che per curare gli ammalati è necessario persino di svegliarli.

Esiste una profilassi per la difterite? Credo di sì. Si sa che il virus esiste allo stato di leggiere molecole sospese nell'atmosfera e che aderiscono facilmente ai corpi scabri. I prodotti di secrezione e gli escrementi dei difterici caduti al suolo possono ivi infiltrare le acque potabili. L'azione è potente: il cane levriere ingoiando gli escrementi diventa difterico: il bambino baciando un altro bambino piglia la difterite: la donna che va in una casa a visitare una ammalata di difterite, porterà la malattia in un'altra casa a più di un chilometro di distanza. Anzi tutto occore che noi intendiamo la vera missione del medico. Isoliamo l'infermo, non in una camera ma nella casa: tutti gli altri ne debbono uscire. Prima di accedere al letto dell'infermo, il medico deve essere disinfettato e con esso gli istrumenti: si visitino le scuole, gli stabilimenti, e si prescrivano norme igieniche severissime, giacchè in essi molte volte si prende la difterite. Sono convinto che attuando queste idee si otterranno molti vantaggi.

Il dott. F. Generali crede che il medico in casi come questo, possa portare nelle famiglie non la salute ma la malattia: trova insufficienti le lavature coll'acido fenico fatte dal medico; meglio sarebbe vi fosse una *veste medicamentosa*, magari con acido fenico, che il sanitario dovrebbe indossare quando si porta presso un difterico, giacchè gli

abiti possono benissimo trasportare la difterite. Aggiunge che coll'abito medicamentoso il medico proteggerebbe sè stesso e gli altri.

Prof. Massei. Ha accennato soltanto all'idea: la stessa nebulizzazione è il miglior mezzo per rendere inutili i germi che si moltiplicano: la sua non era una proposta formale ma solo un accenno, una traccia al modo con cui si potrebbe agire contro la difterite: del resto vorrebbe che le misure preventive generali e particolari, qualunque esse siano, si esagerassero magari per combattere questa terribile malattia.

GIAMPIETRO EDOARDO. — **Sul tinnito auricolare.**

Nel tinnito auricolare sonvi 3 cause: inflammatorie centrali nervose-meccaniche-discrasiche. Parla solo delle prime: Brown-Séquard pungendo i corpi restiformi ha determinato la vascolarizzazione nell'orecchio medio ed emorragia nei canali semicircolari. Nel tinnito acuto sonoro di campane segue dopo breve tempo la manifestazione di fenomeni cerebrali. Un signore soffriva di tinnito. All'otoscopia il Giampietro vide ben poco, e si accorse che era necessario più il clinico che l'otojatra: infatti poco dopo finì sotto i sintomi d'emorragia cerebrale. Dopo questo fatto ne ha visti parecchi altri: perciò crede si possa richiamare l'attenzione dei medici sul *tinnitus aurium*. Vi sono ancora alterazioni discrasiche che determinano il tinnito, e anche su ciò invoca i lumi dell'assemblea per spiegare il tinnito nella clorosi, nella oligoemia, ecc.: questa è pure un'incognita.

FIORI GIOVANNI M. — **Dell'azione del timolo sulla circolazione.**

Esaminando direttamente sull'uomo l'azione delle sostanze antipiretiche scelse in ispecie il timolo come quello la cui azione sul cuore è stata poco indagata: usò il timolo in istato febbrile e in istato di apiressia, a cuore sano ed ammalato; ed oltre alla temperatura tenne calcolo delle pulsazioni, delle respirazioni, del tracciato grafico e della pressione sanguigna mediante l'apparecchio di Basch: da mezzo grammo salì sino a cinque grammi ed ogni quarto d'ora faceva le dovute osservazioni: così su 16 individui fece 20 osservazioni. Presenta i tracciati e i risultati ottenuti con esattezza scrupolosa e conclude che il timolo produce rapido e considerevole abbassamento di temperatura e diminuzione della frequenza del polso somministrato negli stati febbrili, come pure osservasi diminuzione nella frequenza del polso in individui in istato normale. Per le curve sfigmografiche notasi nel più dei casi tendenza allo smussamento ed alla biforcazione dell'apice della curva, maggiore accentuazione delle oscillazioni di elasticità. Quanto alla pressione sanguigna aumenta o resta pressochè invariata, laddove le vibrazioni di temperatura sono nulle o poco manifeste: abbassandosi la temperatura abbassa pure la pressione: quindi il timolo mentre abbassa la temperatura non esercita azione funesta sul cuore e può considerarsi come un vero rimedio antipiretico.

CANTALAMESSA IGNAZIO, assistente alla Clinica medica di Bologna. — **Di un doppio Stetografo e d'un Lavatore automatico.**

Il prof. Alberto Riva fa alcune riserve sulla tolleranza della cannula alla quale il Cantalamessa annette tanta facilità. In quanto all'approfittare dei movimenti respiratorii lo studente Paoletti risolse questo quesito in modo analogo a quello del Cantalamessa. Gli pare che l'apparecchio Paoletti oltre al merito di essere stato fatto prima, sia più facile ad essere usato e più utile, e non si sa capire come innanzi tempo sia stato collocato in disparte e modificato senza prima essere usato.

Il dottore Cantalamessa espone le buone qualità e i vantaggi che si ricaveranno dall'usare il proprio apparecchio: del resto sarà il primo a sottomettersi alle prove per vedere quale dei due apparecchi sia il migliore.

Il prof. Riva riprende a parlare per accettare le prove proposte dall'egregio oppositore, molto più perchè sarà una deferenza usata verso uno studente. Mette in mostra gli inconvenienti dell'apparecchio Cantalamessa e fa vedere i pregi di quello Paoletti: conclude che coll'apparecchio presentato si obbliga il liquido ad entrare. È un beneficio? No: ne ha già tanto ed entrandone tanto quanto ne esce, la quantità sarà sempre la stessa. È un vantaggio? neppure, perchè si deve abbassare gradatamente la pressione intrapleurale. Il dottore Cantalamessa molto modestamente ha osservato che se il suo apparecchio non serve come injettatore, servirà almeno come aspiratore: questo potrà essere, ma vi sono strumenti ad hoc molto meno complicati.

Cantalamessa si rimette alla prova dei fatti.

MARAGLIANO ED. — **Sulla percussione della milza.**

Ebbi da tempo, dice l'Autore, a rivolgere le mie indagini sulla tecnica della percussione della milza. Si consiglia dai trattatisti mettere l'infermo in posizione diagonale allo scopo di procedere meglio colla percussione all'esame del viscere: in base a ciò si sono dedotte tutte le applicazioni: ma da qualche tempo trovando notevoli variazioni a seconda dei casi si è chiesto se fosse l'attitudine migliore o se con essa si ottengono risultati erronei. Se noi esaminiamo colla percussione la milza di un soggetto in posizione eretta, questa non oltrepassa in avanti la linea ascellare posteriore e in addietro va due centimetri al di qua della colonna vertebrale. In posizione diagonale noi vediamo la ottusità della milza portarsi più innanzi: ma questo fatto è compagno ad una notevole diminuzione della ottusità splenica in addietro. Questa mobilità è variabile da soggetto a soggetto. Da queste ricerche mi sono convinto che la milza ha un grado di mobilità fisiologica più di quello che si crede; ed i soggetti che hanno la milza non ingrossata in questa posizione la presentano. Nell'Heidol non vidi segnalato questo fatto. È necessario far tenere la posizione eretta o la seduta, mai la laterale,

se si vuole esaminare la milza. Inoltre certe volte può interessare di distinguere se la maggiore o minore ottusità che trovasi nella parte posteriore del torace si debba alla milza o a qualche altra cosa. Se constatiamo che assumendo posizione laterale destra la milza si sposta in avanti e scompare quella ottusità posteriore, diremo che tutto ciò è dovuto alla milza: del resto potranno presentarsi occasioni in cui il fatto sia applicabile in altre circostanze: quindi mobilità fisiologica segnalata in avanti, mai per quanto io sappia in addietro.

Il dott. Felletti osserva: quando della milza si possa limitare il limite anteriore e posteriore, nello spazio splenorenale, prendendone i relativi diametri, ogni errore sarà evitato. Tenuto calcolo dei limiti ant. e post., questi non variano per nessuna posizione. Questo ha pure una piccola se si vuole, ma pur sempre pratica utilità. Gli ammalati non tutti si possono far stare seduti, e non pochi sono quelli che invocano la posizione laterale. Gli pare possa bastare il conoscere i diametri.

Il prof. Maragliano risponde: ammesso come non fatto e non detto ciò che ho detto, resterebbe sempre che a seconda della posizione varia fisiologicamente il diametro della milza: da obliqua essa diventa più eretta nella posizione laterale. Stabilendo l'ottusità anteriore e la posteriore della milza, se ne determina il diametro: questo purchè sia sempre lo stesso anche cambiando di posizione si avrà così l'ottusità splenica; se non che mutano le condizioni a seconda delle posizioni, non solo per la differenza dell'atteggiamento ma anche perchè la milza si porta dall'indietro all'avanti. Senza dirne il perchè Ziemssen preferisce la posizione eretta. La scomparsa dell'aja dell'ottusità dalla colonna vertebrale non è un fatto notato. Intanto vi è quistione di fatto inoppugnabile: quello di applicabilità sarà confermato in clinica.

Felletti soggiunge che percuotendo la milza in diverse posizioni i diametri trasversale e verticale non variano.

Maragliano osserva bastargli che il Felletti stabilisca il fatto: per il disserente questo è assai importante, pel Felletti invece è un pleonasmo: insomma è una questione di apprezzamento che non divide.

## Maragliano E. — **Sulla infettività e cura della pneumonite.**

Vi è una dottrina che vuole la pneumonite fibrinosa sia infettiva. Mi limito, dice l'Autore, a recare i risultati delle mie osservazioni. È noto che uno dei criterii della infettività di un morbo sta nell'ingrossamento della milza, il cui tumore acuto è un indice della infettività di un morbo. Friedrich nella pneumonite astenica ha descritto la presenza del tumore di milza: quindi vi sarebbero pneumoniti con tumore di milza secondo il Friedrich esteniche, ed altre senza tumore In una serie di circa 50 ammalati di pneumoniti fibrinose accolti nella Clinica medica di Genova mi sono convinto che il tumore di milza in esse non è solo un attributo delle asteniche, ma anche delle più leggiere; in un caso persino di

pneumonite apiretica ebbi a constatare la presenza di tumore splenico. Noi sappiamo che oltre al tumore di milza infettiva evvi anche il congestizio. Per avere quest' ultimo si hanno altri segni importanti, ad es., l'albuminuria, ecc.; nè questa nè altri segni importanti si avevano che autorizzassero o gravi disturbi circolatorii che desser ragione di un tumore congestizio: quindi da ciò ne emerge che le pneumoniti asteniche e le leggierissime hanno un tumore acuto di milza: cosicchè ne viene di conseguenza che il campo della dottrina infettiva della pneumonite anzichè circoscriverlo si deve allargare a tutte le pneumoniti. Del resto oggi possediamo orservazioni importanti sulla infettività della pneumonite. Videmann ed altri ammettono che in famiglie si ebbero successivamente più casi di pneumoniti, oltre ai casi innumerevoli di epidemie di pneumoniti. Questi fatti uniti agli altri ci portano ad imporre nel metodo curativo ciò che facciamo nella tifoide, chinino ad alte dosi, ecc. La cura col bagno freddo quantunque in altri paesi sia molto usata, in Italia fa poca strada: di pubblicazioni su questo proposito non ne ho visto che una del Bozzolo. Ebbene ho voluto accennare a questo per dirvi che il trattamento secondo il metodo vecchio dà ottimi risultati. Non ebbi che un caso di morte sopra 41 ammalati puramente pneumonici: se poi sonvi altre complicanze, la mortalità cambia. Desidero che ciò entri nella pratica di tutti i medici.

## II. – **Sezione di chirurgia.**

*(19 Settembre).*

MARGARY FEDELE. — **Sull'Osteotomia.**

Ne espone la storia notando i progressi successivi portati ai processi operativi; si diffonde sul processo di Macwen, del quale si dichiara caldo propugnatore; espone moltissimi casi clinici decorsi, valutandone gli esiti, rigettando il raddrizzamento forzato.

L' Autore ha eseguito su 63 ammalati di lesioni diverse N. 132 osteotomie. In questo materiale ha avuto un solo decesso e due anchilosi.

Alla lunga esposizione, grandemente applaudita, segue la dimostrazione fotografica.

I dottori Ferrari di Parma, Tassi di Roma, Ferraris di Genova, discorrono sull'argomento. Seguono alcune dichiarazioni del dott. Gritti e del prof. Mazzoni, alle quali replica il disserente.

CECI ANTONIO. — **Sopra l'azione antisettica dell' idro clorato di chinina, sue indicazioni e suoi usi.**

Partendo da alcune esperienze fatte sull'azione dell'idroclorato di chinina riguardo allo sviluppo degli schistomiceti contenuti nelle terre malariche comuni, narra di alcune prove eseguite sugli animali e sui

malati, le quali conchiudono per la fortissima efficacia antifermentativa del medicamento in discorso, il quale alla dose di 1 su 600 è sicuramente giovevole, e non produce la minima irritazione locale.

L'indicazione per il costoso antisettico si trova allorquando è da temersi l'assorbimento di altre sostanze più pericolose, o quando sia avvenuta per queste ultime l'intolleranza negl'infermi.

Il prof. Mazzoni afferma che nella Clinica di Roma si sono ottenuti risultati favorevoli dalla medicatura col chinino a dose molto maggiore in lesioni croniche suppuranti.

*(20 settembre).*

MUCCI DOMENICO. — **Dell' Elettrolisi negli aneurismi e nelle varici.**

Presenta una dimostrazione sugli effetti dell'elettrico su di una soluzione d'amido mista a joduro potassico. Espone con ciò i risultati di una sua modificazione all' elettrolisi, consistente nell' aumento di una polverizzazione indiretta per mezzo della infissione fra i due aghi comunicanti coi poli di una pila, di altri due aghi fra di loro comunicanti per mezzo di un'ansa di filo metallico, ma indipendenti affatto dai reofori della pila medesima. Con che egli ottiene la formazione di due coaguli sanguigni nel vaso sottoposto all' elettrolisi in corrispondenza dei due aghi 1 e 3. Espone alcuni fatti clinici di applicazione del detto procedimento, ne dà le ragioni fisico-chimico-fisiologiche, e procede all' applicazione del detto sistema elettrolitico su di un malato affetto da varici nell'arto inferiore.

TANSINI IGINIO, — **Coltello e cauterio termo-galvanico per la incisione della prostata nell'iscuria prostatica.**

In questi strumenti il prof. Bottini ha apportato recentemente una importantissima modificazione. Verificato il grave inconveniente che i due cateteri portanti la lama ed il cauterio termo-galvanico subivano l'influenza dell' elevata temperatura, e si riscaldavano su tutta la loro lunghezza producendo ustioni dell'uretra, l'egregio professore li ha modificati facendo passare entro i medesimi una corrente d'acqua fredda; per il semplice cauterio l' acqua scola in vescica, per il coltello incisore, invece ha istituito le due correnti e l' acqua circolando esce per un'apertura a poca distanza del manico collocata di contro all'apertura d' entrata. L' esperimento eseguito coll' apparecchio termo-galvanico ha dimostrato luminosamente l'utilità somma della modificazione eseguita. Mentre rendevasi incandescente la porzione di platino del cauterio o del coltello, trovavansi fredde tutte le altre parti dell'istrumento comprese quelle più prossime alla parte incandescente.

PANZERI. — **Dei metodi incruenti per la correzione delle deformità degli arti inferiori.**

Afferma di avere eseguite molte osteotomie, ma anche moltissimi raddrizzamenti forzati in casi di genu-valgum.

Ammette preferibile questo procedimento nei bambini ed anche negli adolescenti. Accenna alla pluralità dei casi in cui la deformità del ginocchio non era accompagnata da altri sintomi di rachitismo. Secondo lui non è a temersi la lacerazione del legamento laterale esterno, non la paralisi dei peronei, che dubita possa qualche volta dipendere dall'apparecchio successivo. Non si preoccupa della possibilità di recidive nei bambini ed adolescenti, perchè attribuibili alle condizioni rachitiche generali.

Nelle arcuature del femore ha sempre praticata l'osteotomia. Nelle anchilosi fibrosi del ginocchio ha a vantarsi del raddrizzamento forzato, nelle ossee invece ha eseguito la resezione cuneiforme. Nelle anchilosi ossee del cotile ha eseguita la resezione del Volkman.

Il dott. Margary contrappone osservazioni in sostegno dell'osteotomia di fronte al raddrizzamento, specialmente basate sui criterii anatomo-patologici, e sui risultati clinici. Cita in appoggio l'autorità del Michulickz e del Delhor, non che quella del Billroth.

Parla nello stesso senso il dott. Motta appoggiandosi alle esperienze sul cadavere eseguite dal De Santi e citate dal Machwen.

Mazzoni chiede al disserente Panzeri di quale criterio si serve per diagnosticare l'anchilosi ossea ileo-femorale.

Il Panzeri risponde alle obbjezioni sostenendo le proprie convinzioni che vuole però ben esplicate, e cioè egli ammette che il raddrizzamento forzato sia da preferirsi all'osteotomia negli individui di età inferiore ai 16 anni. Si fonda perciò sui suoi risultati clinici, il di cui materiale è numerosissimo.

Al prof. Mazzoni dice che nel giudizio diagnostico di anchilosi ossea ileo-femorale si serve di dati anamnestici, e principalmente dell'esame obbiettivo per determinare la saldatura dell'articolazione.

GRITTI ROCCO. — **Processo di cistotomia lateralizzata.**

Eseguisce l'operazione sul cadavere con istrumenti speciali, si serve cioè di un catetere a curva Mercier munito di scanalatura in corrispondenza della parte concava.

Compie l'operazione in tre tempi:

1.° Tempo: introduzione del catetere e sua rotazione in modo che il becco sia rivolto in basso, e la scanalatura rivolta verso il perineo.

2.° Tempo: con una incisione d'un sol colpo attraversa il perineo ed impegna la punta d'un bistori nella scanalatura, la fa strisciare fino all'angolo del siringone, ed indi spinge i due istrumenti mantenuti in rapporti fra di loro contro vescica, e nel ritirare il bistori, volendo allargare l'incisione.

3.° Tempo: estrazione del siringone e percussione del calcolo a mezzo delle tanaglie.

Tassi Emidio. — **Alcune osservazioni intorno alla cura delle osteopatie della tenera età, e sull'abuso delle resezioni.**

La cura della malattia delle ossa nei bambini deve essere aspettativa e medica. Avvalora il suo asserto con considerazioni fisio-patologiche e propone: Che gli Ospizi Marini siano meglio studiati secondo i bisogni sociali ed i progressi della scienza, e che si veda di favorirli e propagarli, massime ora che trattasi della grande riforma sulle opere pie.

Parlano sull' argomento il Caselli, il Mazzoni, il Margary, il Paci, il Novaro ed il Motta.

Raffa. — **Un caso di nefrotomia.**

Tesse la storia clinica di una nefrite suppurativa destra, descrive la operazione eseguita per l' asportazione del rene, ed il risultato immediato, soddisfacente; se non chè 3 mesi dopo l'inferma moriva di infiltrazione tubercolosa ai polmoni.

Anche il rene fu riconosciuto all' esame macro e microscopico come tubercoloso.

Presenta talune conclusioni ed una statistica delle nefrotomie in Italia e cioè: — Un caso operato dall' Urbinati — Uno dal disserente che forma oggetto della sua esposizione — Uno dal Clementi di Catania — Uno dal Novaro di Torino.

Maragliano Edoardo. — **Resezione dello Stomaco (1).**

Esordisce col dire che vi hanno argomenti che interessano la pratica medica da un punto di vista speciale, se cioè debbasi ricorrere al chirurgo per le cure di malattie interne. Oggi si fanno operazioni in cavità organiche] cioè] nel cranio, nella cavità toracica, nella cavità addominale. Restringe però il suo quesito ad un punto determinato, chiedendo se debba il medico ricorrere al chirurgo per resecare il piloro e in caso affermativo quali sono queste malattie. Per rispondere al primo quesito è necessario sapere se la resezione del piloro è compatibile colla vita. Alla parte tecnica dell'operazione risponderà il collega professor Caselli, dall' altro lato, cioè riguardo alla statistica, dice che questa non è assolutamente scoraggiante nè stabilisce l'assoluta letalità dell' operazione, avendosi casi felici su 40 per 100. Stabilito che l'operazione è per sè tecnicamente possibile, e che è capace di dar luogo alla guarigione, resta l' altro quesito e subalterno di stabilire quali

(1) Per quest' argomento della resezione dello stomaco, riunironsi le due Sezioni di medicina e chirurgia.

siano le malattie che richiedono tali operazioni: fino ad ora è stato il carcinoma pilorico quello che ha dato l'unico contingente a questo genere di operazione. Il disserente non entra a discutere se sia o no conveniente operare il carcinoma, tale quesito è generico, e se è permesso operare gli altri carcinomi anche quello del piloro sotto questo punto di vista sarà asportabile. Nell'individuo colpito da carcinoma pilorico la morte assai spesso avviene non per effetto del cancro come tumore, non per la cachessia cancerosa come tale, ma per l'inanizione prodotta dalla cessata, o quasi, funzione allo stomaco. Abbiamo dei casi di cancro pilorico in cui coll'ajuto della pompa gastrica i fatti più gravi lì per lì sono scomparsi o migliorati e anche ciò torna a riprova che più alle sue conseguenze che al tumore propriamente detto devesi la morte precoce. Dunque una volta eliminato questo ostacolo meccanico devono migliorare assai le condizioni dell'individuo. Il cancro se vuolsi si riprodurrà, ma il fatto sta che la deduzione aprioristica è suggellata dai risultati ottenuti tosto dopo l'operazione. Quand'è allora che il Clinico deve consegnare l'ammalato al chirurgo? Presto più che sia possibile, cioè quando le condizioni dell'ammalato, non sono precipitate in modo da compromettere l'operazione. Si dirà che la pompa di Kussmaul ottiene pur essa vantaggi, e l'osservazione è giusta, ma questi vantaggi quanto tempo durano? Non molto perchè colla pompa non si fa che eliminare la zavorra e non si consegue più altro, nè è di una incoraggiante durata.

La resezione è stata fatta anche nell'ulcere rotonda, ma dice di più che deve farsi anche nella dilatazione dello stomaco. Non parla delle dilatazioni transitorie a spasmo del piloro od altro, ma sibbene delle dilatazioni croniche con degenerazioni della fibra muscolare a stato consecutivo gravissimo, peggiore quasi di quello della tisi polmonare e l'ammalato quasi sempre ne muore. La pompa gastrica anche in questi casi serve ben poco, e solo sarà utile nei casi acuti in cui la fibra muscolare si trova in condizioni abbastanza normali per la sua contrazione.

Ma si chiederà, quali criteri abbiamo per dire di esser giunti al punto da doversi fare l'operazione? Uno dei caratteri della dilatazione grave dello stomaco è quello dato da Rosenberg e da altri. Se la parete dello stomaco è ancor capace di ridursi versando liquido nello stomaco si scorgerà sollevarsi il livello del liquido; in caso contrario il liquido non crescerà perchè sfugge e non viene raccolto. Questo dato corrisponde perfettamente. Si ha quindi bisogno di dati fisici; dei dati razionali soli non bisogna fidarsi, ma molti dati fisici del resto non sono sufficienti. Preoccupato di questo fatto ha cercato il disserente di trovarne uno indiscutibile e crede che oggi questo vi sia, ed è il fremito gastrico ottenuto nel modo seguente. Introdotta la siringa esofagea e versato nello stomaco del liquido, e applicando quindi alla estremità esterna una bolla di gomma elastica che faccia penetrare aria

nello stomaco si sogliono ascoltare coll'orecchio applicato le vibrazioni, e determinare così i punti dilatati. Il disserente crede che tali rumori siano così troppo diffusi e mal si limitano i punti della dilatazione; adotta invece la palpazione che fa sentire le vibrazioni nel punto stesso ove si producono. Ha tanta fiducia in questo processo che non ha mancato con esso di fare le diagnosi più precise. Dunque fra i criterii fini, oltre quello di Rosenberg, avendo questo si avrà la certezza nella diagnosi e il mezzo di proporre l'operazione.

L'argomento della resezione dello stomaco dice, concludendo, è argomento di alta importanza che nei Congressi medici deve essere affrontato perchè dalla discussione ne sorgerà di certo quanto basta per persuadere i timidi ed incoraggiare i valenti.

Caselli Azzio. — **La resezione dello stomaco per quanto spetta alla chirurgia.**

È la continuazione del discorso del prof. Maragliano, perchè appunto l'operazione venne compiuta sul medesimo soggetto di cui quegli parlava.

Nel giorno antecedente all'operazione la malata fu sottoposta ad un bagno generale, le fu applicato un clistere e lavato lo stomaco.

Due ore prima dell'operazione lavatura continuata dello stomaco, con introduzione complessiva di 18 litri di liquido; le ultime due lavature furono eseguite con liquido alcalino, seguendo con ciò i precetti del processo Czerny-Billroth. Confessa il disserente che tale manovra fu penosissima all'inferma, e che egli la ritiene dannosa per la sottrazione di calorico che predispone allo *schok*. D'altra parte occorreva che lo stomaco fosse pulito, e non è tollerata la lavatura con acqua calda.

Fu eseguita la disinfezione del teatro d'operazioni collo *spray* prima dell'operazione, sospesa la sua azione durante l'atto operativo. L'ambiente era a 20 gradi di temperatura.

Cloroformizzata l'inferma fu fatta un'incisione lunga 11 centimetri, obliqua, equidistante dall'ombelico e dalla xifoide, oltrepassata la linea mediana di 2 centimetri a sinistra. Emostasi accurata prima di aprire il peritoneo; incisa questa, l'operatore introdusse la mano per l'incisione ed esplorò, accertossi dell'esattezza della diagnosi e diede opera all'isolamento dello stomaco, momento arduo, giacchè lo stomaco è unito agli organi vicini con parti vascolarizzate.

L'omento lascia facilmente la presa dei lacci; il Billroth preferisce perciò il termo-cauterio che fa agire fra due allacciature.

Il Caselli per altro teme gli effetti del calorico raggiante, preferirebbe nel caso la galvano-caustica.

Usò nel caso suo dei *Klemmer-Billroth* da lui stesso modificati perchè con essi si è certi della porzione di tessuto che lascia davanti al laccio. Descrive ed illustra i suoi *Klemmer* così modificati. Isolò con 7 doppie allacciature lo stomaco del grande omento, e con maggiori dif-

ficoltà la piccola insaccatura dal piccolo omento per mezzo di 5 doppie allacciature. Ebbe emorragia da un ramo anastomotico della coronaria colla pancreatica, che arrestò a scapito del pancreas.

Rammentando l'indicazione speciale reclamata dalla grande dilatazione dello stomaco fece sulle pareti di questo viscere un taglio molto obliquo da sinistra a destra. Si ebbe emorragia abbondante che vinse con pinzette emostatiche ed allacciature col catgut. Rovesciato in fuori il tumore portò l'incisione sul duodeno a un centimetro al di là del neoplasma. Applicò 3 punti di sutura stabili di richiamo, fra lo stomaco ed il duodeno; non seguì lo Czerny che consiglia un laccio attorno al duodeno che nel caso concreto era troppo breve e troppo fisso. Trovò grave difficoltà nella scelta del punto d'innesto, onde non succedesse attorcigliamento una volta abbandonato l'organo a sè stesso. Avvicinando le pareti dell'intestino ne fissò il punto inferiore all'estremo inferiore dello stomaco reciso!, e precisamente in corrispondenza della grande insaccatura. Eseguì poscia la sutura del Lambert per tutto il tratto di stomaco in cui doveva effettuarsi l'impicciolimento della sua cavità; furono 24 punti di sutura con seta Lister. Colla sutura Czerny-Wölfler fissò i due terzi della circonferenza del duodeno sullo stomaco, mentre il terzo anteriore fu fissato sulla sutura Lambert; applicò anche punti di sutura sulla mucosa. Vide un punto debole nel luogo di congiunzione fra la sutura d'impiccolimento a quella d'innesto, e piuttosto che applicare nuovi punti come consiglia il Billroth preferisce approfittare di un pezzo d'omento che addossò a zaffo su questo punto e fissò con nuovi punti di sutura. Descrive la successiva pulizia e la sutura delle pareti addominali.

Durante quest'atto operativo si ebbero minaccie di *schok*; la malata si riebbe, ma verso sera moriva.

All'autopsia, non degenerazione di organi interni, non versamento di sangue nel cavo peritoneale.

Il pezzo asportato che il Caselli presenta all'assemblea insieme col viscere operato, e con preparati istologici, confermò la diagnosi clinica.

Termina la sua esposizione col ricordare che al Congresso di Genova ebbe la fortuna di presentare una sua operata guarita da grave affezione; qui non ha potuto presentare che un pezzo anatomico; spera in altra occasione di essere più fortunato.

Su questo medesimo argomento della resezione dello stomaco parla il Novaro e specialmente sulle suture eseguite dal Caselli.

Poggi Alfonso. — **Dilatazione chirurgica del piloro.**

In individuo affetto da stenosi pilorica per cicatrice il prof. Loreta di Bologna eseguiva la dilatazione del piloro entrando nella cavità dello stomaco per mezzo di un'incisione nell'epigastrio. Il risultato fin a quel dì era splendido; dappoichè, correva allora il 7.° giorno dall'opera-

zione, erano cessati i fenomeni della stenosi, e mirabilmente sopportati gli effetti dell'operazione.

Novaro Giacomo. — **Estirpazione del retto.**

Espone le storie cliniche di 8 casi di carcinoma uterini avuti in cura in questi ultimi anni — dice di averne operati sette coll'estirpazione totale del retto e di averne ottenuto le guarigioni.

Prende in disamina i diversi metedi e processi operativi in vigore, espone i varj processi da lui usati nei singolì casi e presenta i pezzi patologici.

Ceccarelli Alessandro di Roma. — **Sega a forbice.**

(Vedine la descrizione nella *Parte bibliografica* di questo fascicolo).

Maggioli Vincenzo. — **Sul trattamento extra e intra-peritoneale nei miomi uterini.**

Dice esser questa una questione grave, ancora insoluta e meritare lo studio dei chirurghi.

Petrilli Raffaele. — **Un caso di cancrena seguita da morte dopo cura chirurgica in individuo diabetico.**

Fa il confronto con altre caso analogo guarito colla dieta carnea. — Presenta inoltre alcune osservazioni pratiche sull'uso del decotto di china con acido fenico nelle piaghe e ferite.

Novaro Giacomo. — **Sull'estirpazione della laringe.**

Espone il suo processo operativo, dice inutili la cannula zaffo nell'operazione e la laringe artificiale nell'operazione. La prima sostituisce con un tubo piuttosto resistente di gomma elastica; in quanto alla seconda mostra un operato il quale, tra la profonda meraviglia dell'uditorio plaudente, parla distintamente e si fa udire da tutti.

Moretti Odorico. — **Sulla cannula del Bocci nella cura delle raccolte liquide incapsulate dell'addome.**

Il dott. Gritti soggiunge che esiste da 20 anni una cunnula consimile, quella di Bonis di Bruxelle. Il dott. Falleroni preferisce lo strumento del Bocci. — Replica brevemente il Gritti. — Parla a favore il dottor Simoncini.

Mazzoni Costanzò. — **Casi di deformità ileo-femorale.**

Quando esiste abduzione, flemmone e allungamento dell'arto e manca l'anchilosi ossea il Mazzoni propugna la circonduzione galenica. Espone i risultati di 21 malati proprj e 8 di colleghi.

Seguono dichiarazioni del dott. Margary, il quale ha fatto l'osteotomia perchè l'anchilosi ossea esisteva. Il dott. Tassi narra di 2 altri felici successi con la circonduzione galenica. Replicano il prof. Mazzoni e i *dottori* Margary e Gritti.

Il dott. Gaetano Mazzoni in nome del prof. Bertini annuncia due laparatomie con esito felice.

CECI ANTONIO. — **Aghi tridenti per sutura.**

Con essi il tempo della durata della sutura è diminuito di tre volte, abbreviato il dolore, e resa più regolare ed elegante l'operazione. Renda omaggio al prof. Caselli il quale con una pinzetta portaghi aveva ottemperato, ignorandolo il Ceci, ad un'analoga indicazione.

PACI AGOSTINO. — **Resezione del ginocchio anchilosato.**

Narra un caso in cui l'anchilosi formava un angolo acuto, e dice dell'applicazione di un nuovo goniometro.

CASELLI AZZIO. — **Resezione della volta omero-acromiale.**

L'Autore ha eseguita l'operaztsne in un caso enorme di fibroma mollusco del braccio per insufficienza di lembo, per limitare la quantità di lembi metoplastici e per rendeee regolare il moncone.

Il prof. Mazzoni narra un caso simile del Baroni. Il dott. Paci aggiunge un suo caso.

(*22 Settembre*).

CECI ANTONIO. — **Di un singolare peduncolo trovato in un caso di ovariotomia.**

Trattavasi di una cisti contenente 23 litri di liquido mucose sanguigno, aderente alla sua base con un tumore solido della grandezza di una pera, contenuto fra le lamine del legamento largo di sinistra, il quale altro non era che un *ematocele del legamento largo.* — Conclude che la cognizione della possibilità di questa complicanza che richiede cura lunga e pericolosa manovra operatoria può essere utile al chirurgo.

PACI AGOSTINO. — **Cinque casi di lussazione del femore e di un metodo di riduzione della lussazione ileo-pubica avvenuta con lacerazione longitudinale anteriore della capsula.**

Tutti questi casi di lussazione del femore, uno della varietà ischiatica, l'altro della ovalare, due iliache, ed una ileo-pubica, vennero ridotti colla meccanica del metodo razionale. Il nuovo metodo del Paci per la riduzione di quest'ultima varietà di lussazione femorale, differisce alquanto da quello indicato dal Fabbri e dal Loreta. Egli fa prima l'abduzione dell'arto, poi un movimento di rotazione esterna e infine colla mano che resta libera rannicchia il capo del femore nella sua cavità articolare.

Il prof. Mazzoni, ricorda un caso simile da lui presentato al Congresso di Bologna.

FIBRI ANTONIO. — **Di un apparecchio amovo-inamovibile per le fratture del mascellare inferiore.**

Quest'apparecchio è costituito da una doccia esterna metallica e da una interna invaginante il fondo alveolare, fatta di gomma elastica vulcanizzata, riunite tra loro con un semplice meccanismo a vite.

SIMONCINI. — **Caso di ascesso intra-addominale.**

Fu trovato nel focolajo un pezzo di stoffa, penetratovi da una ferita dello scroto.

ANGELINI ARNALDO. — **Caso di aneurisma del tronco brachiocefalico, guarito colle injezioni di ergotina.**

Raffaele Beretti ha morti in famiglia un fratello a 54 anni per aneurisma dell'aorta toracica, diagnosticato 34 anni prima, e che non dette niun disturbo negli ultimi mesi di sua vita, un altro fratello per cardiopatia cronica (?), il padre anasarcatico. Del resto null'altro di rimarchevole nell'anamnesi in rapporto al caso presente.

Nel soggetto di questa storia si sviluppò in esso pure lentamente e innavvertito un aneurisma *diffuso vero dell'arco aortico, del tronco brachio-cefalico, della succlavia e carotide destra,* al quale per un'impressione di freddo successe *l'aneurisma falso consecutivo sacciforme del tronco brachio cefalico.* Tale giudizio diagnostico è basato sul risultato di un accuratissimo e dettagliato esame del malato, esame che per brevità il dott. Angelini ommette.

A curare tale aneurisma, giudicato dai molti altri medici che lo avevano veduto, inguaribile, anzi minacciante da un minuto all'altro la vita del paziente, egli si servì, sebbene senza nessuna speranza di buon esito, delle injezioni ipodermiche di una soluzione concentrata d'ergotina alla maniera di Langenbeck ripetuta 2 volte al giorno per una settimana, poi una ogni 2 giorni, poi una ogni 3, poi ogni 5 finchè il malato si prestò, e così per circa 3 mesi; le quali injezioni corrisposero ottimamente, tantochè *dopo quattro mesi* il Berruti si trovava coll'aneurisma *ridotto circa della metà, indurito e inspessito,* e poteva ritornare all'esercizio della sua professione di flebotomo.

Dopo molte altre riflessioni scientifiche e pratiche di molta importanza, che in un riassunto non è possibile esporre lungamente, viene a tre utili conclusioni che potranno riassumersi così:

1.ª Certi aneurismi anche di arterie di grosso calibro, a decorso lento, possono passare inosservati al paziente per varj lustri.

2.ª Le malattie croniche delle arterie, delle valvule cardiache e dell'endocardio riconoscono una predisposizione ereditaria o almeno congenita; non essendo vero che desse riconoscano sempre come causa l'abuso degli alcoolici e degli eccitanti in genere. Cita per prova che molti dissoluti bevitori raggiungono un'età avanzata senza presentare traccie di endo-arterite e di endocardite cronica.

3.ª L'ultimo risultato ottenuto nel caso suo dalle injezioni ipodermiche d'ergotina incoraggia a tentarle in tutti i casi consimili (oltre che negli aneurismi delle piccole arterie), ed in ispecie nel penosissimo esercizio de'paesi e delle campagne ove bisogna curare come si può e non come si dovrebbe.

Termina facendo voti pel miglioramento economico delle classi disagiate della società; locchè direttamente dovrebbe favorire il trionfo della medicina scientifica sopra l'empirismo nell'esercizio dell'arte nostra.

## III. — Sezione d'Igiene.

*(18 e 19 Settembre).*

Gamba Alberto. — **Sulle scuole dei rachitici.**

L'elaborata relazione porge motivo a parecchi cioè ai dottori Ripa, Orsolato, Rezzara, Falconi e Galli, di parlare intorno ai risultati sanitarii ed economici che il disserente dimostrava aversi dalle Scuole dei Rachitici di Torino. Lo stesso prof. Gamba si riserbava, tenendo conto delle osservazioni fattegli di presentare nella prossima adunanza formulate le sue proposte.

Il dott. Paolo Giani raccomanda tuttavia che alle Società d'Igiene e dai Sanitarii tutti s'insista per l'allattamento materno come cura eminentemente profilattica contro il rachitismo.

Il dott. Ripa propone, vedendo in tale usanza una causa di rachitide, siano fatte pratiche perchè si smetta di fasciare i bambini, e siano i Municipii indotti a negare la firma alle balie che volessero protrarre l'allattamento con danno dei bambini. Ma il prof. Gamba e quindi il dott. Veratti osservano che le considerazioni del Ripa, quantunque ottime, si discostano dall'argomento.

Il dott. Bellini mettendo in vista quanto il Gamba sia benemerito per l'opera utilissima prestata ai rachitici, insiste perchè l'istituzione della Scuola dei rachitici di Torino sia proclamata italiana. Il professor Falconi di Cagliari in nome d'altri colleghi propone (e la proposta venne approvata per acclamazione), che la Sezione udita l'importante e splendida relazione sulle Scuole dei rachitici dichiara il prof. Alberto Gamba *benemerito dell'umanità e decoro della scienza italiana, avvegnachè a lui si debba la istituzione di questa filantropica scuola.*

Astegiano Giovanni capitano medico alla Scuola Militare di Modena. — **Delle relazioni fra le meteore e le malattie.**

Basandosi sopra le osservazioni da lui fatte per 3 anni durante il quale periodo di tempo notò giorno per giorno le condizioni atmosferiche e le malattie che a mano a mano gli si presentavano fra gli allievi della scuola suddetta.

Le conclusioni del suo lavoro sono queste:

1.ª L'acuto freddo invernale ed i periodi freddi della primavera cagionano le febbri effimere.

2.ª Le angine catarrali prediligono le stagioni di mezzo e scompajono nelle epoche dei grandi caldi e dei grandi freddi, allorquando la temperatura media diurna scende permanentemente al di sotto di 5° o si eleva al di sopra di 22°.

3.ª La pneumonite cruposa nella maggioranza dei casi si presenta quando l'aria è asciutta, densa e fredda; avvertendo che il freddo in questo caso ha un'azione secondaria e meno importante di quella degli altri due fattori meteorici.

4.ª La emottisi, almeno in alcune delle sue forme, è preparata ed accompagnata da condizioni meteoriche analoghe a quelle fra le quali insorge la pneumonite cruposa, vale a dire dall'aria asciuttissima, densa, polverosa e fredda.

5.ª Non è conforme al vero l'opinione divulgata che le stesse condizioni meteoriche propizie allo svolgimento della pneumonite lo siano anche per la pleurite. Questa sembra di preferenza provocata dal freddo, perchè di tutta Italia la Sicilia ne ha minor numero.

6.ª I freddi e forti venti della primavera che flagellano la cute, ed sole ardente che la scotta, sono gli agenti atmosferici più efficaci nel provocare le erisipole facciali.

7.ª I reumatismi articolari prediligono il mese di dicembre il più umido di tutti; e negli altri mesi ci si affacciano dopo i giorni di pioggia quando abbonda l'umidità ed il barometro è basso.

8.ª Si riscontra pure un'intima relazione fra lo stato igrometrico dell'atmosfera e la comparsa delle nefriti.

9.ª Al mutare delle stagioni è subordinata la vita del microbio tifico sospeso nell'aria; donde il ritorno periodico e lo svolgersi epidemico dell'ileotifo durante l'autunno. Il microbio tifico vive nell'aria finchè la temperatura supera permanentemente gli 11°; e muore quando la temperatura discende al di sotto di questo limite. Le condizioni più favorevoli al suo svolgimento sono date dall'azione combinata di pioggie copiose e di una temperatura elevata. Infatti l'infuriare del tifo addominale coincide col mese di settembre che è piovoso ed ancora abbastanza caldo. Calore atmosferico e pioggie sono i due fattori meteorici del tifo. È probabile che esista un rapporto diretto fra la quantità di pioggia caduta in primavera e la frequenza dei tifi nell'annata; gli anni nei quali la primavera è piovosa sono più fecondi di tifi; quelli nei quali la primavera è scarsa di pioggia lo sono pure di tifi.

10.ª I catarri intestinali, frequentissimi fra le malattie estive, sono per lo più malattie *ab ingestis* non a *circumfusis*.

11.ª Gli accessi maniaci e le malattie cerebrali sono promosse dall'afa dei giorni canicolari nei quali all'alta temperatura si aggiunge una debole pressione barometrica.

12.ª L'acclimazione dei giovani nuovi venuti a Modena si compie senza danni della salute nell'estate e nella primavera; non così nelle altre due stagioni. E fra i giovani delle diverse stirpi italiche i siciliani mostraronsi nelle osservazioni fatte fin'ora, i più resistenti alle inclemenze del nuovo cielo.

Aperta la discussione il dott. Veratti propone che le stagioni meteoriche siano in relazione coi medici condotti e che gli ospedali siano forniti d'istrumenti appositi. — Il dott. Ripa chiede al dott. Astegiano come si possa estendere questo studio. Noi sappiamo, ei dice, che vi sono 100 stazioni meteoriche italiane delle quali 56 provinciali: sonovi pure stagioni d'osservazione per il servizio temporali, a molte delle quali s'è aggiunto il servizio termopluviometrico; in breve s'hanno in Italia 587 stazioni. Per estendere le desiderate osservazioni proporrebbe che, tali stazioni fossero affidate ai medici condotti. — Il professor Sormani stima necessario coordinare le ricerche mediche e le meteorologiche riguardo al tempo, e crede non praticabile che le osservazioni fatte dai medici condotti, già distratti da altre cure; di più bastano pochi osservatori per dare notizie dello stato atmosferico di vaste regioni, il medico deve limitarsi allo studio dell'andamento della morbosità e della mortalità, affine di conoscere e studiare le cause delle malattie e basare su di esso, i miglioramenti d'igiene pubblica.

VERATTI GIUSEPPE. — **Osservazioni e proposte intorno alla medicina carceraria in relazione colle malattie dei varii apparati.**

*(20 Settembre)*

REZZARA NICOLÒ. — **Dell'opera delle cucine economiche.**

Fa un'accurata relazione intorno ai modi coi quali sono amministrate e regolate le cucine economiche, ed in ispecie quelle di Bergamo. Le cucine economiche ivi sono due e due gli spacci di minestre; vengono distribuite per mezzo d'un nuovissimo e ingegnoso sistema di *buoni* pel quale non sopravanza mai nè manca mai alcuna razione di minestra. Dal 10 gennajo al 16 settembre 1882 furono distribuite 49,000 razioni di minestra. Le cucine di Bergamo bastano a sè stesse, non hanno mai avuto bisogno di soccorso e sono state prese per modello da altre città. — Alla fine della lettura il dott. Ripa encomiando l'importante comunicazione del dott. Rezzara propone che questi formuli una proposta in ordine alle conclusioni savissime alle quali è venuto. — Il Presidente invita quindi il dott. Rezzara a presentare tale proposta la quale è così formulata. *La Sezione d'Igiene udita la Relazione sulle cucine economiche di Bergamo, fa voti che questa istituzione si diffonda nelle città e nelle campagne secondo il metodo e il sistema adottato dal Comitato di Bergamo.* — Messa a partito, è approvato all'unanimità.

GIANI PAOLO. — **Intorno al sistema della cremazione**.

Espone una serie di considerazioni contrarie a questa pratica, concludendo che sia la cremazione liberamente permessa a chi la desidera; che nessuna legge la imponga ad alcuno, e che, per conseguenza, non venga forzatamente generalizzata; che sia rispettata la santità e la pace dell'ultima nostra dimora.

GROSOLI GIUSTINIANO di Carpi. — **Della necessità di rendere obbligatoria per legge la cremazione dei cadaveri**.

Termina le sue considerazioni con le seguenti proposte:

« Il Congresso Medico di Modena, Sezione d'Igiene:

« *A*. Afferma anco una volta la propria convinzione scientifica che gli attuali cimiteri sieno contrarj alla pubblica Igiene, e che ad essi sia a desiderarsi vengano sostituite le *are crematorie*, e i *pubblici Cinerarj*.

« *B* Nomina nel proprio seno una Commissione col mandato di redigere una Memoria, da inviarsi al Parlamento, corredata di fatti e ragionamenti idonei a dimostrare la necessità di regolarizzare, mediante apposita Legge, le cose risguardanti la cremazione dei cadaveri, impegnando i Comuni a completare mercè codesta pratica, la loro legale ingerenza nelle materie funerarie; e preparando, con misure decisive, le popolazioni a veder passare, in un certo lasso di tempo, da facoltativo ad obbligatorio il sistema dell'incenerimento dei cadaveri in tutto il Regno, salvo ben inteso, le precauzioni nell'interessa della Giustizia, e le debite eccezioni a favore degli uomini illustri e benemeriti per scienza, per arte, o per virtù cittadine, in ordine ai quali possono considerarsi preferibili alla detta pratica l'imbalsamazione, o la petrificazione. »

Il Presidente apre la discussione sull'argomento della cremazione in base alle opposte idee espresse dagli oratori Giani e Grosoli.

Il dott. Berselli fa osservare al dott. Giani che il suo timore di veder disperdere i resti mortali, quasi facendone scempio, è prevenuto da disposizioni di legge per le quali gli avanzi cinerarii non è permesso di tenerli in casa, ma bensì collocati in luoghi appositi.

Il prof. Sormani vede la questione della cremazione agitarsi tra due poli opposti, il dott. Grosoli la vorrebbe, col tempo, obbligatoria; il dott. Giani, non potendola combattere recisamente ed opporvisi, raccomanda almeno che sia largamente facoltativa. L'oratore si propone di toccare spassionatamente la questione, trovando il mezzo termine fra i due disserenti. Trova prematura l'idea di renderla obbligatoria; e ne espone molte considerazioni in proposito; la propugna poi come pratica facoltativa, mentre alle ragioni in favore aggiunge una serie di considerazioni igieniche per le quali la cremazione deve oggi essere accettata, epperò tenuta facoltativa; dopo di che presenta in proposito un *Ordine del giorno*.

Il dott. Giani riprende a discorrere per confutare gli argomenti addotti in favore della cremazione dal dottor Grosoli e dal professor Sormani.

Il dott. Galli osserva che in massima egli vede d'accordo i tre precedenti oratori rispetto alla cremazione, e che per conseguenza, giacchè il dott. Grosoli non ha insistito sull'idea dell'obbligo, ritiene che tutti siano d'avviso nella pratica facoltativa.

Il prof. Galassi dice che anche nel recente Congresso di Ginevra non s'è parlato di obbligo, ma soltanto venne fatto voto perchè i Governi rimuovano gli ostacoli che si oppongono alla cremazione facoltativa.

Il dott. Ripa vorrebbe che a vincere anche quel ribrezzo che predomina nelle popolazioni si pensasse a non farne spettacolo e in ciò si associa il dott. Galli.

Il dott. Grosoli avendo ritirata la sua proposta rimane quella del prof. Sormani con aggiunta del dott. Galli così formulata. « La Sezione d'Igiene del Congresso medico di Modena approva che la cremazione dei cadaveri umani sia facoltativa, e fa voti che in ogni città italiana si instituiscano Società che favoriscano l'erezione dei crematori, e diffondano le idee per cui venga la cremazione sempre più accetta alle popolazioni. La Sezione poi fa voti che le principali città d'Italia, almeno, fabbrichino un crematojo allo scopo di poter servire nei casi di epidemia ed in ogni altra contingenza in cui venga reclamato. » Messa in votazione viene approvata a grande maggioranza.

Sormani Giuseppe — **Sulla igiene militare** (1).

Egli incominciò coll'accennare alla mortalità nei varj eserciti europei, dimostrando che le truppe francesi, prussiane ed inglesi soffrono annualmente un minor numero di perdite che le truppe italiane.

Analizzò partitamente a quali malattie si debba l'eccedenza della mortalità nel nostro esercito. — E dai confronti internazionali risultò che essa è dovuta specialmente alle malattie acute e croniche degli organi respiratori, alla febbre tifoidea, al morbillo, alle infezioni palustri, alle malattie del tubo gastro-enterico.

Il prof. Sormani a diminuire la mortalità del nostro esercito propose d'adottare le misure seguenti:

---

(1) A questa conferenza intervennero anche gli Ufficiali della Scuola militare di Modena, la quale venne visitata da molti Congressisti è particolarmente dagl'inscritti alla Sezione d'Igiene. Il dott. Astegiano che ne è il medico fece apprezzare ai visitatori l'ampiezza e salubrità del locale, la buona disposizione dell'infermeria, la dovizie dei mezzi scientifici, il lodevole servizio medico della Scuola medesima. E la Sezione, accogliendo la proposta del prof. Pagliani, tributava le maggiori lodi pel modo esemplare con cui la Scuola militare di Modena è diretta e tenuta.

1.° Chiamata delle reclute in autunno.

2.° Istruzione delle reclute per alcuni mesi ai distretti.

3.° Isolamento delle reclute appartenenti a distretti ove serpeggiano malattie epidemiche.

4.° Miglioramento nella costruzione delle latrine nei quartieri, e sorveglianza sui pozzi delle acque potabili.

5.° Concedere almeno 40 metri cubi di spazio per uomo nelle camerate, e servirsi della illuminazione notturna per favorire la ventilazione delle medesime.

6.° Trasportare le truppe lungi dai luoghi palustri durante l' estate.

7.° Risparmiare il maggior numero possibile di posti di sentinella.

8.° Concedere la camicia di flanella alle truppe, ed alla fanteria il cappello degli alpini.

9.° Migliorare l'apprestamento del rancio, per modo che riesca più sapido.

10.° Risparmiare, più di quello che ora non si faccia, le forze delle reclute.

Con tali misure, che impenano poco il bilancio, l' Autore spera che si salverà la vita a parecchie centinaja di uomini ogni anno (1).

PAGLIANI LUIGI. — **Dell'alimentazione del popolo e delle cucine economiche.**

Fatta succiuta rivista del modo col quale funzionano le diverse cucine economiche anche in altre Nazioni, si ferma particolarmente a rilevare quelle di Lipsia che egli reputa per molte considerazioni che espone, le migliori di tutte che ha visitato. Encomia nondimeno quelle di Bergamo sebbene queste funzionino con concetto diverso. Un vero esempio delle migliori da lui visitate fuori d'Italia si ha però anche in Italia, e va lieto di poter dire che è appunto a Modena dove potè vederla, che sorse per iniziativa di persona benemerita e col concorso di pochi privati. — Il prof. Pagliani informa minutamente l'adunanza sullo svolgimento di questa cucina in ogni suo particolare, e conclude col dire che essa funziona in modo perfettamente consimile a quelle di Lipsia, soddisfacendo ad un tempo non solo ai bisogni del povero, dell'operajo, ma ancora di classi più elevate, ma scarse di mezzi. Vorrebbe quindi che la cucina economica di Modena fosse meglio conosciuta così in questa città che altrove: vorrebbe quindi che fosse votato quanto propone:

« La Sezione d'Igiene del X Congresso dell'Associazione Medica Italiana, udita la relazione del prof. Pagliani intorno alla cucina econo-

---

(1) Piacque assai questa relazione, e allo stesso prof. Sormani venne dato dai colleghi l'incarico di riassumere le anzidette sue osservazioni e proposte per poterle indi presentare al R. Ministero.

mica popolare di Modena, istituita e diretta dal signor Massimiliano Bigotti, fa plauso al giusto concetto filantropico ed igienico che informa tale istituzione, e fa voti che un così pregevole esempio sia seguito nelle altre città d'Italia a dignitoso profitto delle classi meno favorite da fortuna. » — Per acclamazione la proposta è approvata.

Il dott. Luigi Ripa propone che si facciano risultare nel processo verbale le considerazioni sulle quali è basata la deliberazione testè votata cioè che nella cucina popolare di Modena: 1.° è esclusa l'idea della carità; 2.° l'operajo ha risparmio valendosi di tale cucina, e cioè viene utilizzata la moglie in altri lavori; 3.° l'operajo è garantito dalle sofisticazioni; 4.° l'operajo ha una direzione nella scelta di un buon alimento; 5.° che questa cucina può servire alla classe operaja e al medio ceto; 6.° che questa cucina ajuta la concordia della famiglia anzichè guastarla, perchè ne diminuisce le strettezze che sono le più frequenti cause dell'insorgere di questioni domestiche.

Bontà G. B. — **Della sorveglianza sulle sostanze alimentari.** Espone una serie di fatti pei quali viene a dimostrare la necessità che il Governo invigili sulla buona qualità delle sostanze alimentari e instituisca in ogni comune un laboratore chimico che premunisca la salute pubblica dai danni di un cibo cattivo o comunque alterato.

E però dopo varie osservazioni dei dottori Orsolato e Ripa e dei professori Pogliani e Sormani, considerando che il privato non ha i mezzi per iscoprire le lamentate frodi, dappoichè a mascherarle si sa trarre profitto dai più recenti progressi della meccanica e della chimica, la Sezione faceva voti. « Che almeno nelle città capoluoghi di provincia e di circondarii s'instituisca, come necessario complemento dei rispettivi ufficii d'Igiene un laboratorio di indagini cliniche e microscopiche affine di sottoporre a rigoroso esame le bevande e gli alimenti che trovansi in commercio. »

## IV. — Sezione di Medicina legale e Psichiatria.

(*18 Settembre*).

Tamassia Arrigo. — **Sull'obbligo del Codice penale al medico di denunciare entro le 24 ore le lesioni violenti che è chiamato a curare.**

Dimostra l'opportunità che venga cassato, tale obbligo, siccome quello che lede la dignità dell'uomo e snatura la posizione del medico curante; propone quindi che la Sezione esprima il desiderio che vengano aboliti gli articoli in discorso.

Il prof. Toscani appoggia la proposta Tamassia e fa osservare inoltre che quando venissero definitivamente adottate le proposte riforme del Codice penale, verrebbe ristretto il detto obbligo ai soli casi nei quali

il medico non abbia a temere di compromettere il suo cliente, e così viene a rendersi frustraneo l'obbligo della legge, e si apre larga la via a poterla eludere.

Il prof. Ravaglia appoggia la proposta Tamassia.

Il prof. Tamburini chiede informazioni sulle disposizioni in proposito dei Codici stranieri.

Il professor Cugini informa che nei migliori codici stranieri tale obbligo non esiste, ed anch'esso appoggia vivamente la proposta del Tamassia.

Pergami fa notare che l'obbligo imposto al medico non si limita alla semplice denuncia del fatto, ma lo rende responsabile dell'esattezza del pronostico, e cita esempio in proposito.

Grilli aggiunge nuovi fatti a conferma.

*(19 Settembre).*

Il prof. Tamassia legge le conclusioni della Memoria presentata nella prima adunanza.

« La sezione di medicina legale e psichiatria del X Congresso dell'Associazione Medica Italiana, considerando che gli art. 102 del cod. di proc. penale, 308 del cod. penale sanzionano un obbligo nel medico curante incompatibile col carattere e colla dignità del suo ufficio, e che forma un dovere che non si esige da nessun altro cittadino, fuori del medico:

« Considerando che tali articoli costituiscono un'eccezionalità rispetto ai codici delle nazioni più civili:

« Considerando che questi articoli non sono neppure reclamati da un assoluto bisogno della sicurezza sociale:

« Riferendosi ai voti emessi ripetutamente da altri Congressi medici, esprime il suo voto che i detti articoli siano cassati dalla nostra legislazione, ed ufficia la Presidenza del Congresso perchè faccia conoscere tale voto a S. E. il Ministro Guardasigilli e ne raccomandi il compimento. »

Queste proposte vengono accettate ad unanimità.

GIOVANARDI EUGENIO. — **Intorno ad una ferita con perdita dell'apice della lingua.**

Espone con minuti particolari il caso dimostrando le difficoltà pratiche del medesimo.

Basile domanda se sulla superficie del taglio vi era impressa la forma d'ingranaggi propria delle pressioni dentate.

Tamassia fa osservare che praticamente tali impressioni è difficile che si verifichino per il successivo gonfiamento alla porzione lesa.

Tamburini osserva che fra alienati è frequente il caso di demolizione e lacerazione della lingua.

Pergami rammenta il caso di glossofagia riferito dal compianto Ponza.

Tamassia Arrigo. — **Sulla possibilità nei polmoni del ritorno allo stato atelectasico.**

Esposte numerose esperienze per dimostrare l'assoluta importanza di una tale dottrina presenta le seguenti conclusioni generali:

1.° La dottrina della giurisprudenza inglese che non riconosce un rapporto necessario tra vita e respirazione, nulla prova in favore o contro all'ipotesi che il polmone già disteso dalla respirazione possa ritornare spontaneamente allo stato atelectasico.

2.° I casi citati dagli scrittori inglesi contro la significazione diagnostica della docimasia idrostatica polmonare, si riferiscono nella maggioranza non a fenomeni di viva respirazione polmonare, ma a vera reazione organica dei tessuti.

3.° L'esame minuto dei casi riferiti da Thomas, Lieman, Schröder, Hecker, Herman ne' quali sarebbesi ammesso il ritorno spontaneo dei polmoni all'atelectasia, dimostra che in parecchi di essi non vi fu vera respirazione, ma vibrazione sonora d'aria nelle fauci, ed in altri non fu praticata con tutte le guarentigie necessarie la docimasia polmonare.

4.° La confusione fattasi tra il concetto d'un'atelectasia nel senso clinico, con quello d'un'atelectasia nel senso medico-forense (mancanza assoluta d'aria) ebbe parte non piccola nel dar sostegno alla teoria di Schröder del ritorno spontaneo dell'atelectasia.

5.° In tutti i casi allegati da Schröder e dagli altri trattavasi sempre di infanti o non maturi od assai deboli, periti per morte lenta, e differenza di quanto occorre nell'infanticidio.

6.° L'esperimento diretto istituito sui polmoni di conigli, cani, bambini che avevano appena respirato, dimostra che in nessun caso di polmone abbandonato a sè, perde spontaneamente tant'aria da guadagnare il fondo se immerso nell'acqua.

7.° L'esperimento diretto istituito sui polmoni di conigli, cani, uomini che avevano respirato qualche minuto, qualche ora, o qualche anno o che erano stati insufflati se fetali, dimostra pure essere necessaria una pressione enorme misurabile nell'infante dopo 20 o 30 minuti di respirazione un chilogr. 2,243 per centim. cubo di polmone per ore 9, nell'adulto un chilogr. 9,228 per 18 ore per c. c. onde togliere a questo la sua facoltà di galleggiaro nell'acqua.

8.° I polmoni poco distesi della respirazione, congesti, insufflati esigono per perdere la loro facoltà di galleggiare una pressione minore di qualche frazione, dei polmoni normali.

9.° Escludendo l'età decrepita si può ammettere che quanto maggiore è l'età dell'individuo, tanto più è gagliarda la resistenza nel polmone a perdere colla compressione l'aria che esso racchiude.

10.° La lentezza della morte scema la resistenza nel polmone a perdere colla compressione l'aria che egli racchiude.

11.° Tale resistenza è pure notevolmente scemata dallo iniziarsi della putrefazione.

12.° La storia d. Schröder non ha quindi alcuna base positiva, e qualora la docimasia idrostatica e gli altri esami, che questa completano, dimostrano che nei polmoni non vi aveva aria di sorta, si può indurre con piena certezza che l'infante non ha mai respisato.

Giovanardi in appoggio alle conclusioni di Tamassia, espone 3 casi, in uno dei quali un bambino vissuto 26 ore, aveva i polmoni atelectasici, in un altro vissuto 12 ore e sentito da lui a vagire, aveva pure i polmoni atelectasici, e con ciò conclude che un bambino può vivere parecchie ore senza aver respirato.

Cugini espone un altro fatto, e domanda se nell'eventualità pratica di una morte traumatica di un bambino in tali condizioni, si possa ammettere l'infanticidio.

Indi Basile, Giovanardi e Cugini fanno altre osservazioni, cui risponde Tamassia, conducendo la questione alla sua origine.

Petrilli Raffaele. — **Un caso di ecchimosi della carotide destra nella sua biforcazione come segno patognomonico di Friedberg negli strangolati,**

Fatta la storia del caso ne presenta il pezzo anatomico.

Giovanardi e Cugini osservano che in molte esperienze fatte non fu trovato riscontro al caso riferito dal Petrilli, che per ciò riesce più apprezzabile.

Riva. — **Sulla psicosi degenerativa.**

Fa notare l'importanza dell'eziologia per la diagnosi differenziale tra psiconeurosi o psicosi idiopatica, e psicosi degenerativa. Riferisce molti dati statistici, nota l'importanza dell'eredità nella produzione della psicosi degenerativa, mentre nelle psiconeurosi l'eredità è più rara e in grado lievissimo.

Morselli. — **Alcune importantissime osservazioni cliniche come contributo alla dottrina della pazzia sistematizzata primitiva.**

Ricorda come il Buccola (in nome pure del quale fa questa Relazione) sia stato il primo in Italia ad illustrere questa forma importantissima di alienazione fin qui confusa colle frenosi secondarie, colle lipemanie, colle monomanie. Si diffonde in molti particolari per determinare i caratteri clinici di questi delirj che appartengono al gruppo belle psicosi pegenerative.

Il prof. Tamburini si associa alle conclusioni del Morselli, ma in quanto alle idee fisse fa qualche eccezione non considerandole come

vero delirio, ma soltanto come un' alterazione del processo dell' ideazione.

Tamburini Augusto. — **Sulla morfiomania.**

Ne espone i sintomi obbiettivi e subiettivi, l' andamento la cura e l' esito. Poscia fa il quesito: Un morfiomaniaco va considerato per riguardo alla reclusione nel manicomio come un alienato?

Il riferente considerando che tali individui vanno perpetuando un lento suicidio, ritiene trattarsi di vera psicopatia e come tale suscettibile di un trattamento eguale a qualunque altro alienato.

Grilli in appoggio espone un caso finito colla morte avente tutti i caratteri di un suicidio.

Grilli espone un altro caso di morfiomania, in cui ebbesi esagerazione del sento genetico, e dopo osservazioni di Cugini, Toscani, Tamassia, tamburini e Morselli si conviene nell'ammettere che quando il morfinismo è giunto al grado di morfiomania, debba essere ritenuto per riguardo all'imputabilità come si fa per la dipiomania.

(*20 Settembre*).

Giovanardi Eugenio. — **Sopra le concause di morte nei ferimenti.**

Riferisce 2 casi susseguiti da morte, e stabilisce quali debbonsi considerare con cause di morte preesistenti o sopravvenute; fra cui esclude l'età, il sesso e la costituzione, e vi comprende invece le anomalie di conformazione o di struttura, le malattie, e talvolta la cura o meglio la trascuratezza del curante.

Toscani osserva le difficoltà pratiche nel valutare il grado delle concause di morte, ed aggiunge che la legge non domanda tanto, ma solamente se o meno una concausa sia intervenuta a modificare l' andamento o l'esito di una lesione.

Tamassia osserva che la questione promossa dal Giovanardi è grave, specialmente quando la concausa è dipendente dal medico curante.

Pergami osserva che si dovrebbe distinguere fra metodo di cura, e trascuratezza dell'impiego di quei presidii dell' arte la cui applicazione è riconosciuta necessaria dalla scienza.

Parlano poi in argomento ancora Raffaele, Cugini, Toscani e Tamassia.

Tamassia Arrigo. — **Sul decorso della temperatura negli animali durante l'avvelenamento acutissimo per nicotina.**

Conclude che: esperimentando su conigli e cani l' azione fisiologica della nicotina, e specialmente sulle eventuali alterazioni di temperatura che essa induce, si sarebbe trovata una diminuzione di temperatura pi circa un grado: l' anatomia patologica avrebbe dato risultato negativo.

Raffaele domanda alcuni schiarimenti, cui risponde Tamassia affermando che nell'avvelenamento per nicotina avviene un' alterazione del ricambio dei materiali.

TAMBURINI AUGUSTO. — **Sui periti medici in Tribunale.**

Formula e svolge una proposta accettata dai dottori Sepilli e Virgilio, e che suscita importante e viva discussione. Vi prendono parte Raffaele, Tamassia, Cugini, Toscani, Morselli, Serra e Ravaglia tutti concordano sull'opportunità di istituire per le perizie medico-legali, un collegio unico peritale, pure convenendo sulle difficoltà pratiche della istituzione della proposta Tamburini. Infine dopo ben matura discussione il Presidente propone sia nominata una Commissione la quale formuli la proposta che racchiuda le idee svolte nella discussione (1).

(*21 Settembre*).

SERRA LUIGI. — **Ferita d'arme da fuoco con lesione del cuore senza ferita del pericardio.**

Ne dà minuti particolari, e crede che il caso non trovi riscontro nella medicina forense.

Giovanardi ricorda che nel 1873 si incontrò in un caso in cui in seguito a forte urto ne venne frattura delle coste, lacerazione del cuore, senza lesione del pericardio: crede che questo fatto contribuisca a spiegare il caso del prof. Serra, ed esprime l'idea che il fatto trovi la sua spiegazione nella diversità della costituzione dei varj tessuti, che conferisce loro una diversa resistenza.

Tamassia domanda se nel caso vi era degenerazione grassa, ed assicurato su ciò, annuisce nella spiegazione data dal Giovanardi.

Cugini domanda quale volume avesse il projettile, ed alla risposta del Serra, che dei 3 projettili, il maggiore aveva un volume di 12 millimetri, espone i proprii dubbii e le difficoltà nel dare spiegazioni del fatto.

Serra rispondendo alle osservazioni del prof. Cugini crede che a spiegare il fatto possa contribuire la facilità con cui il pericardio ha potuto scivolare sul bordo del cuore all'urto del projettile mentre il bordo destro del cuore più resistente, dovette sfibrarsi. Del resto a lui basta aver comunicato il fatto, che appunto perchè strano fu minutissimamente e coscienziosamente osservato, qualunque possa essere il modo con cui si vorrà spiegare il meccanismo.

Toscani rileva l'importanza medico-legale del caso riferito dal Serra, e lo ringrazia della sua comunicazione.

---

(1) La Commissione veniva composta dai professori Tamburini — Tamassia — Cugini — Raffaele — Morselli.

MORSELLI ENRICO e BERGESIO BARTOLOMEO. — **Intorno all' azione ipnotica della paraldeide nelle alienazioni mentali.**

La scoperta delle proprietà ipnotiche della paraldeide è dovuta al dott. Vincenzo Cervello di Palermo, il quale però ha potuto fin qui fare poche esperienze sull'uomo

Le indagini del Morselli sono dunque le prime dal punto di vista terapeutico, e la loro importanza è tanto più grande in quanto la paraldeide può, secondo le osservazioni fatte sugli animali (cervello) e sugli alienati (Morselli), considerarsi come un utile e prezioso surrogato del cloralio, non avendone gli svantaggi. Fra questi è gravissima, come si sa, l'influenza esercitata dal cloralio, sulla pressione arteriosa che dopo l'uso di dosi anche lievi di cloralio, è assai abbassata. Al contrario la paraldeide non agisce dannosamente sulle funzioni del circolo e del respiro: essa induce a dose di 2-3 gr. un sonno tranquillo, riparatore, non susseguito da cefalea, da inappetenza, e da confusione mentale, come quasi sempre si osserva dopo il sonno cloralico.

La paraldeide amministrata anche a malati agitatissimi, da più temno, talora da settimane e mesi travagliati da agripnia o disgripnia, ha corrisposto nell'80 p. 100 dei casi. Il prof. Morselli presenta quindi tracciati sfigmografici presi durante il sonno paraldeico, e conclude promettendo di continuare le sue indagini e preconizzando altamente nella cura delle malattie mentali un ipnotico che come la paraldeide costa relativamente poco ed offre inestimabili vantaggi.

GIOVANARDI EUGENIO. — **Studii osteogenici.**

Sono essi diretti a stabilire il periodo della vita intrauterina e l'età extra-uterina. Egli dimostra che al 6.° mese sono ossificati l'astragalo ed il calcagno e che verso il settimo si ha uno o due punti di ossificazione dello sterno, alla fine dell'8.° mese gli alveoli dei denti incisivi inferiori sono segmentati e alla fine del 9.° mese esiste un nucleo osseo nel condile del femore.

Nella vita extra-uterina egli ha preso in esame l'ossificazione del canale uditivo esterno, delle diverse epifisi degli arti, lo sviluppo progressivo del seno mascellare, del seno frontale e dei seni sfenoidali, e la posizione occupata dal foro mentoniero esterno.

SEPPILLI GIUSEPPE. — **Ricerche sul tempo di reazione del fenomeno rotuliano in alcuni ammalati di mente.**

Dà i risultati di alcuni sperimenti fatti su 22 alienate riguardo al tempo di reazione del fenomeno rotuliano: ha notato che questo in generale oscilla fra 0.032", e 0.033". Fondandosi sulle ricerche di Helmoltz sulla velocità della corrente nervosa dei nervi di moto e di senso ammette che il fenomeno rotuliamo è di natura nervosa e precisamente d'origine centrale. Per maggiore dimostrazione presenta alcune tavole grafiche del fenomeno.

SEPPILLI GIUSEPPE. — **Contribuzione clinica e anatomo-patologica allo studio della paralisi progressiva nella donna.**

Espone 3 storie col reperto anatomo-patologico: sulla scorta di esso e dell'osservazione clinica conchiude: che nella donna la frenosi paralitica si può manifestare nello stesso complesso sintomatico e collo stesso decorso, siccome s'osserva nell'uomo, e che gli abusi venerei e il *climaterium* si devono considerare fra i più frequenti momenti eziologici della malattia.

(*21 Settembre*).

BUCCOLA GABRIELE di Torino. — **Sulla paralisi progressiva nella donna.**

Ne riferisce i sintomi clinici, presenta alcune tavole termografiche, ne dice l'eziologia (eredità — menopausa — alcoolismo — libertinaggio — apoplessia — miseria); il decorso che è più lento nell'uomo, come afferma anche il Jander: accenna che una sola donna presentò delirio di grandezza ed anche questo misto a quello erotico, e conclude che nella donna predomina la demenza alla paralisi progressiva.

Tamburini sullo stesso argomento comunica i risultati di una statistica su un decennio, redatta nel frenocomio di Reggio dal dott. Riva, da cui risultano confermati i risultati dei dottori Buccola e Seppilli fatti su 24 casi di paralisi progressiva nelle donne: 22 appartenevano dai 30 ai 60 anni, e di queste 14 appartenevano dai 30 ai 50. Per la condizione 8 erano povere; prefessione, 16 della classe intermedia, ma in nessuna, eccessiva applicazione intellettuale.

Riguardo alle cause non è risultata l'eccessiva applicazione dell'intelletto come nell'uomo.

In 10 furono provati gli eccessi venerei; in 3 la sifilide; in 7 gli abusi alcoolici.

L'eredità venne provata in 14 casi.

Per i sintomi — si è notato in parecchi casi il delirio di grandezza, però durava poco per finire nella demenza completa.

Dei 24, venti morirono — 4 uscirono migliorati ma recidivarono presto, o morirono a domicilio.

Per le cause di morte — 18 volte furono le malattie cerebrali — 2 volte le malattie accidentali.

AMADEI. — **Sulla capacità del cranio negli alienati.**

Parla dei varii metodi di misurare il cranio, e dopo una esposizione minuta e ricca di molte osservazioni fa le seguenti conclusioni: nei cranj dei pazzi presi tutti insieme si trova una capacità leggermente maggiore del normale: e il loro volume varia anche entro limiti più lontani.

Spesseggiano più che di norma i cranii di grande volume e vi sono rappresentati in buon numero anche i cranii piccoli.

Nel rapporto fra i due sessi mostrano i pazzi una distanza maggiore, dovuta più all'eterogeneità degli elementi che si confrontano che non ad una maggiore differenziazione sessuale che si trova in questa classe, che sente anzi meno della norma l'influenza del sesso sul cranio.

Sotto questo rapporto sono fra loro più vicini gli epilettici, poi i maniaci, i pellagrosi, i melancolici, gli imbecilli.

Riguardo alle forme mentali, il basso della scala è tenuto dagli imbecilli, e dagli epilettici, il sommo dai melancolici, stanno in mezzo i pellagrosi ed i maniaci.

ROVIGHI ALBERTO. — **Ricerche critico-sperimentali sulle convulsioni epilettiche per veleni.**

Le esperienze furono fatte insieme col dott. Santini nel Laboratorio di Firenze adoprando la picrotossina e cinconidina. Ricorda i precedenti lavori del Chirone, secondo il quale la picrotossina determinerebbe accessi epilettici agendo specialmente sul bulbo e midollo spinale, laddove che la cinconidina agisce sulla corteccia cerebrale. Cita numerose esperienze eseguite sui cani, gatti e conigli praticando delle estirpazioni dei centri motori di un lato del cervello, delle sezioni del bulbo, delle sezioni ed emisezioni del midollo spinale; da queste esperienze risulta che le convulsioni epilettiche causate da questi veleni dipendono da una eccitazione che dai centri corticali motori si diffonde a tutto il sistema nervoso. Dippiù combinando l'azione di questi veleni con quelli già noti del bromuro di potassio, dell'etere e cloroformio che diminuiscono l'eccitabilità della corteccia cerebrale, anche gli eccessi epilettici per veleni sono più difficili ad ottenersi negli animali; injettando invece picrotossina ed atropina, la quale accresce l'eccitabilità della corteccia cerebrale (Albertoni), gli attacchi convulsivi negli animali sono più forti e conducono a morte l'animale per dosi di veleni ai quali avrebbe potuto resistere in vita. — Spera che questi studii potranno portare qualche lume intorno alla patogenesi dell'epilessia.

Morselli, loda gli studii dei dottori Rovighi e Santini, non crede però che l'epilessia per veleni corrisponda all'epilessia clinica, nè che la fisiologia possa risolvere la quistione della patogenesi dell'epilessia.

Rovighi risponde che la quistione non potrà essere risolta che dall'osservazione unita all'esperimento, e che egli non pretende che di aver portato un povero contributo alla soluzione di questo argomento.

Seppilli rammenta che nel Congresso Freniatrico il Morselli discutendo sull'argomento disse che avrebbe accettato le conclusioni del Luciani allorquando asportate le zone motrici dei 2 emisferi, ed eccitando, mancassero gli accessi, il che per esperienze fatte di Bubnoff ed Heindenhain risultò provato.

PERGAMI ERNESTO. — **Caso di 25 aghi e spilli trovati nel corpo di una ragazza.**

Furono dalla ragazza stessa introdotti a scopo di mortificazione o per effetto d'aberrazione; ad ogni modo per cacoestesia. Coglie l'Autore l'occasione per esporre molti fatti raccolti nella letteratura medica.

Tamburini osserva che gli parrebbe potersi spiegare questo caso coll'esistenza di anestesia congiunta a parastesia come spesso si verifica nell'isterismo, nell'imbecillità, nella pazzia e ne cita parecchi casi.

Morselli riconoscendo l'importanza del caso, sarebbe proclive a considerarlo come un fatto di isterismo, e chiede notizie su altri particolari della ragazza.

Grilli domanda spiegazioni sul modo speciale di introduzione degli aghi.

Pergami risponde ad entrambi, persuadendo trattarsi di una cretina od imbecille, non di una isterica.

(*22 Settembre*).

TAMASSIA ARRIGO. — **Dei provvedimenti che sono d'urgenza, relativi all'esercizio della Medicina legale.**

La Sezione unanime consente col prof. Tamassia nelle seguenti deliberazioni.

« La Sezione di Medicina legale e Psichiatria del X Congresso dell'Associazione Medica Italiana, considerando che gl'inconvenienti lamentati nell'esercizio pubblico della Medicina forense in Italia, derivano in gran parte dalla deficienza e dall'abbandono in cui si lascia l'insegnamento universitario di questa, e dalla scelta inopportuna dei periti che viene fatta dall'Autorità, insiste perchè:

« 1.° L'insegnamento medico-legale nelle Università nostre sia fornito di quei mezzi che lo possono rendere sperimentale e pratico, *come è prescritto dai regolamenti.*

« 2.° Che la scelta dei periti debba cadere di preferenza su quei medici che abbiano compiuti studj speciali di medicina forense, ed abbiano, dopo esame, conseguita l'idoneità a fungere da periti.

« E raccomanda alla Presidenza dell'Associazione Medica Italiana di far noto questo suo voto al Ministro dell'Istruzione pubblica e a quello di Grazia e Giustizia. »

RIVA. — **L'alimentazione coi peptoni negli alienati sitofobi.**

Il Relatore dimostra anzi tutto come numerose e gravi siano le difficoltà che al medico de' pazzi si presentano nella pratica giornaliera, allorchè si trova davanti a quei casi di sifotobia i quali non hanno per movente il solo delirio, ma bensì uno stato anomalo della funzione digerente. L'uso dei peptoni ovvia in gran parte agl'inconvenienti che oggi si deplorano, poichè essi sono alimenti che non richiedono

alcun lavoro per parte dello stomaco e vengono prontamente assorbiti ed assimilati.

Descrive il metodo seguito per la preparazione dei peptoni. Cita i risultati ottenuti da altri osservatori che collimano perfettamente coi proprj. Prova che coll'uso dei peptoni è possibile d'alimentare esclusivamente per la via del retto, ed aggiunge che questa perchè dia i risultati voluti deve esser fatta coll'enteroclisma.

RIVA. — **Della cura idroterapica in parecchi casi di malattie mentali a forma depressiva e torpente.**

I riflessi vasali studiati col mezzo del sfigmografo gli hanno servito come di indice per determinare nei singoli casi l'azione delle doccie generali fredde, e quindi l'influenza che queste esercitavano sul ritorno della normalità nel sistema nervoso. Egli ha inoltre notato l'influenza grande che ha l'azione meccanica di dette doccie e come seguendo attentamente le variazioni di questi due fattori si possano avere effetti più o meno pronti e soddisfacenti.

TAMBURINI AUGUSTO. — **Sulla misofobia e le idee fisse.**

È un caso tipico di quella forma di alterazione mentale che l'Hammond ha chiamato *Misofobia*, il Verga *Rupofobia*, il Legrand da Saulle *pazzia del dubbio con delirio del tatto* e che consiste nel timore che ogni cosa sia sudicia e nel bisogno irresistibile di lavarsi continuamente. Questa forma morbosa rientra nelle così dette *idee fisse* (*Zwangantechungen* dei tedeschi) che costituiscono soltanto una alterazione formale nel processo della ideazione e che l'Autore distingue in 3 categorie:

1.° *Idee fisse semplici*, non accompagnate da timori, in cui l'alterazione è tutta nell'interno della vita mentale (*mania metafisica del calcolo, ecc.*).

2.° *Idee fisse accompagnate da timori* di toccare oggetti, di non potere uscire di casa, accompagnata da sentimenti angosciosi, ecc. (misofobia, rupofobia, claustrofobia, ecc.).

3.° *Idee fisse impressive*, in cui l'idea fissa si compenetra colla tendenza a compiere l'atto impressivo (la così detta *monomania istintiva o impulsiva*).

Tutte queste forme, avendo un origine costituzionale, rientrano nella psicosi degenerativa, di cui sono la più genuina manifestazione.

AMADEI. — **Craniologia degli epilettici.**

Combatte l'opinione già combattuta da Lasègue che negli individui affetti da epilessia l'assimetria della base del cranio sia la causa del male epilettico, in quanto trae seco una deformazione del foro occipitale.

Esistono cranj di individui non epilettici che presentano talora dei

fori occipitali in varj modi e in varie misure grandi, piccoli, assimetr ci, deformi; e trova in essi riscontro ogni forma di cui possano dare esempio i cranii di epilettici.

TONINI. — **Storia di due giovani donne nevropatiche**

In queste due donne, osservate dall' Autore, si svilupparono quasi contemporaneamente i fenomeni dell' attacco convulsivo che ricordano quelli del grande isterismo. Esse vennero allontanate e gli accessi convulsivi si mitigarono in ambedue, in una più che nell'altra.

TAMBURINI e SEPPILLI. — **Contributo allo studio sperimentale dell'ipnotismo.**

Gli Autori presentano i tracciati ottenuti col platismografo, coll' arcosfigmografo, coll' idrosfigmografo e col pneumografo, da cui risulta specialmente questo fatto: che nel periodo catalettico si ha restringimento dei vasi periferici, mentre si ha dilatazione di essi nello stato letargico, e che nel respiro si ha, nel periodo catalettico, rallentamento e talora prolungata sospensione di esso.

RUINI. — **Contributo all'analisi delle orine negli alienati.**

In due casi di malattia cronica dell'asse cerebro-spinale (paralisi agitante, sclerosi spinale) con alienazione mentale, analizzate le orine si trovò diminuzione dei fosfati nelle orine, fatto che si osserva nei periodi avanzati di tali malattie, mentre nei primi periodi si riscontra più facilmente l'aumento.

## V e VII. — Sezione di Ostetricia e Ginecologia, di Oculistica, Laringologia ed Otoiatria.

(*19 settembre*).

CASARINI GIUSEPPE. — **Il jodoformio nella cura di alcune malattie d'utero.**

Premesso che il jodoformio è poco usato in ginecologia, e dette alcune parole sull' uso fattone in sifilografia, dichiara il jodoformio prezioso rimedio nelle forme cancerose del collo dell'utero. Però soggiunge che finora l'ultima parola in proposito non è stata detta. Egli lo impiega in supposte fatte con 50 centigr. di rimedio con sufficiente quantità di burro di cacao; in polvere aspergendo direttamente la superficie ulcerata, e con la glicerina. Dice di aver visto i dolori diminuire, lo scolo migliorare, le emorragie farsi meno forti, e la tensione addominale scomparire.

Lo usò anche largamente nelle ulcerazioni semplici del collo. Dopo di aver passato rapidamente in rivista le varie medicature usate all'uopo, e fatto rilevare la loro efficacia in certi casi, e la inefficacia in altri, dice che col jodoformio nelle ulcerazioni in istadj avanzatissimi

ottenne grandi miglioramenti e stabili guarigioni. In appoggio di questo suo modo di vedere porta innanzi parecchie osservazioni cliniche, di alcune delle quali dà rapida lettura.

Il dott. Ettore d'Urso chiede schiarimenti in proposito del modo di applicazione del farmaco nei casi di ulcerazioni estendentisi al condotto cervicale.

Il dott. Novaro dichiara che appoggiandosi ai casi da lui osservati non può accettare il concetto che il jodoformio sia molto efficace contro i dolori e le emorragie dipendenti da cancro d'utero. Riguardo al modificare l'umore che scola per la vagina, osservò in alcune donne l'odore del rimedio dare maggiori disturbi dell'odore dello scolo vaginale. Egli si è trovato molto meglio mettendo in uso nei casi inoperabili il raschiamento e la successiva medicatura col bromo. Ricorda anzi un caso operato in tal guisa nel gennaio scorso: la donna che era in condizione assai grave si rimise bene in salute ed attualmente è ancora in buon stato. Accenna all'inconveniente grave della possibilità piuttosto facile de' fenomeni di avvelenamento per uso anche di modiche dosi del rimedio: in un caso di estirpazione completa d'utero, e in un altro di lesione chirurgica vide comparire disturbi maniaci. Non crede la virtù antisettica del jodoformio molto attiva ed in prova del suo modo di vedere accenna ad un caso di mioma interstiziale della parete anteriore, nel quale con taglio crociato tentò lo snucleamento senza riuscirvi, dove il jodoformio non giunse ad eccitare i fenomeni febbrili.

Il dott. Tassi, narra ch'egli adopera su larga scala nei cancri e sarcomi uterini e nelle affezioni chirurgiche in genere di jodoformio, e mai ebbe ad osservare fenomeni di avvelenamento: non avvertì però grande guadagno nelle forme maligne dell'utero.

Il prof. Casarini, dopo aver dato al dott. D'Urso gli schiarimenti richiesti, risponde al dott. Novaro che per parte sua mai vide accidenti venefici, e non volendo negare quelli citati da altri osservatori, pensa che egli si sarà imbattuto in una serie fortunata. L'inconveniente dovuto al cattivo odore del rimedio si può correggere con essenze. Insiste sul vantaggio che ha il jodoformio di diminuire i dolori uterini per cancro.

Il Colonello medico Cipolla, per esperienza acquistata in alcune forme ginecologiche ed in moltissime chirurgiche, dichiara di non aver mai osservato fenomeni d'avvelenamento per uso del jodoformio.

Il prof. Fabbri, crede che il mezzo di cura cui accenna il prof. Casarini nelle ulcerazioni del collo debbasi tenere in grande considerazione perchè può risparmiarci operazioni sul collo, che, se non gravi, non sono del tutto scevre da pericoli. Egli non vide mai insorgere fenomeni di intossicamento. Lo adoperò in ginecologia e in molti casi di ulcerazioni difteroidee dei genitali in seguito a lesioni traumatiche del parto con buon successo.

Il dott. Galli lo usò commisto all'amido in numerose forme non ma-

legne dell'utero; vide avvenire qualche volta un po' di dispepsia, e altri fenomeni di avvelenamento, ma assai leggeri.

Il dottor Falconi nota come il Novaro sia quasi solo nel temere accidenti venefici da jodoformio; egli l'usò largamente in pediatria e mai ebbe a lamentarsi.

Il dott. Ambrogio Ferrari vorrebbe distinguere le lesioni curate col jodoformio per rispetto ai fenomeni venefici in piaghe e ferite, come appunto ha fatto qualche autore tedesco: si hanno accidenti venefici nei casi di ferite e quasi mai invece nelle piaghe. Osserva che sono specialmente i vecchi che tollerano male il jodoformio.

Novaro soggiunge che colle sue parole egli voleva ricordare solo di andar guardinghi nell'uso del jodoformio; che del resto, per limitarsi solo a grandi operazioni ginecologiche, fece altre 4 estirpazioni d'utero canceroso dalla vagina e si trovò bene usando il jodoformio.

Il prof. Businelli chiede se non vi può essere qualche differenza chimica fra jodoformio e jodoformio secondo il modo di preparazione. E data qualche impurità del rimedio non si potrebbe in tal modo spiegare la differenza degli effetti osservati?

Cuzzi. — **Sul forcipe Tarnier e sul pelvigoniometro.**

Premessi i vantaggi che il Tarnier si ripromette dalle modificazioni fatte al forcipe, dice che la principale questione in proposito sta nel sapere se il forcipe Tarnier riesce a trarre secondo l'asse dello stretto superiore. Egli clinicamente e sperimentalmente sarebbe disposto ad ammettere che il forcipe Tarnier riesca ad estrarre la testa fetale attraverso lo stretto superiore con uno sforzo minore e precisamente nella proporzione di 36 : 43.

Ma il forcipe Tarnier tira proprio secondo l'asse dello stretto superiore? Provato che realizzi dei vantaggi sul forcipe ordinario, non è provato che esso tiri esattamente secondo l'asse dello stretto superiore. Quest'asse è variabile specialmente nei bacini viziati dove sarebbe utile averne la conoscenza per trarre concentricamente. La conoscenza dell'asse è data dall'*inclinatio pelvis*. Quest'*inclinatio pelvis* si può ottenere mediante il *pelvigoniometro* nei bacini, nei quali si raggiunge il promontorio. Nei casi in cui il promontorio non è accessibile al dito esploratore il prof. Cuzzi propone un processo che consiste nel prendere col filo a piombo la distanza fra suolo e apofisi spinosa della 5.ª lombare; poi la distanza fra suolo e margine superiore della sinfisi pubica; dividere quindi la differenza fra queste due misure per il diametro di Baudelocque, o C. E. In tal modo si ottiene il *seno dell'angolo di inclinazione del bacino*. Cercando in una tavola qualunque dei *valori dei seni* si ritrova l'angolo dell'*inclinatio pelvis*. Non descrive il prof. Cuzzi il suo pelvigoniometro per cercare l'*inclinatio pelvis* nei bacini nei quali si raggiunge il promontorio, perchè questo strumento figura nell'Esposizione del Congresso.

Seguono poche parole del prof. Fabbri che rileva l'esattezza del problema messo dal Cuzzi sul valore del forcipe Tarnier, e sull'utilità che in cose di simil genere ha l'ostetricia sperimentale.

(*20 settembre*).

FABBRI ERCOLE FEDERICO. — **Modo di applicare stuelli di filaccia entro il collo e in qualche caso entro il corpo dell'utero allo scopo di portare colà liquidi di varia natura.**

Egli si serve della pistola uterina comune armandola di uno stuello con lungo filo, imbevendolo con contagocce del liquido medicamentoso (per lo più tintura di jodio schietta); colla scorta dell'indice della mano sinistra introduce il becco dello strumento nel collo, e spingendo lo stantuffo lascia in sito lo stuello il cui filo sporge dalla vagina.

La malata dopo un'ora estrae da sè lo stuello. Questo il modo col quale cura di solito le endometriti cervicali e con grande vantaggio, e crede far notare, come più attiva debba riuscire questa continuata applicazione di fronte alla semplice pennellatura.

Ma anche dentro il corpo uterino ha talora introdotto stuello simigliante previa dilatazione del collo se era necessario, benchè d'ordinario preferisca la irrigazione endouterina.

Si è poi fatto fare delle pistole uterine di grosso calibro per fare un vero zaffo intrauterino. Può servire, e se n'è servito dopo il raschiamento, o dopo incisioni bilaterali del collo stesso, o dopo estirpazioni di polipi, usando filaccie disinfettate e quindi impregnate di tintura di jodio o di percloruro di ferro. Dice di essersene ancora servito per otturare dentro il corpo dell'utero in caso di emorragia da aborto o no, e potrebbe servire nelle enucleazioni riescite o tentate dei fibromi uterini. Incomincia pure l'ordinario zaffo vaginale introducendo uno stuello nel collo uterino.

In ogni caso questo modo ha il vantaggio di condurre *invaginati* gli stuelli pregni di liquido, e così evitare che perdano gran parte del liquido stesso o si coprano di grumetti prima di giungere al luogo di applicazione.

Il prof. Pasquali crede che questo strumento sia stato sostituito da altri più semplici, come ad esempio gli strumenti applicatori consistenti in un filo di platino, sul quale si innesta uno stuello imbevuto di liquido medicamentoso. D'altra parte a lui non pare conveniente lasciare un corpo estraneo nella cavità uterina. Insiste sull'uso delle injezioni endouterine.

MANGIAGALLI LUIGI. — **Caso di rottura d'utero in travaglio con passaggio del feto nel cavo addominale.**

Il feto viene estratto per le vie naturali attraverso la breccia, e consecutivamente si applica un tubo fognatore. Egli espone le ragioni per le quali in molti casi tale condotta sia preferibile alla gastrotomia

vuoi semplice, vuoi seguita dalla sutura della breccia o dall'amputazione utero-ovarica. Prende quindi in esame i casi, nei quali alla guarigione dell'accidente susseguì un nuovo concepimento: attendendo il parto, nella pluriparità dei casi, c'è da aspettarsi la ripetizione dell'accidente. Ora il Mangiagalli si domanda se a tale riguardo sia possibile una profilassi. Nella serie dei casi, in cui si fa la gastrotomia, si potrebbe aggiungere l'estirpazione delle ovaja per isterilire la donna? E nella serie dei casi, nei quali si fece la liberazione per le vie naturali, sopraggiunta una nuova gravidanza sarebbe permesso, per evitare la ripetizione della rottura, provocare l'aborto?

NOVARO GIACOMO — **Relazione sopra otto casi di fistola vescico-vaginale.**

In 20 mesi dacchè egli è direttore di una sezione di chirurgia all'ospedale di S. Giovanni di Torino ebbe ad osservare dieci casi di fistola vescico-vaginale. Due inferme rifiutarono l'operazione, e le altre otto furono operate. Sette di esse guarirono in seguito alla prima operazione, mentre una, in cui la prima operazione fallì, non volle più sottoporsi ad una seconda operazione. Il dott. Novaro si estende sul modo col quale prepara le donne per l'atto operativo: bagni generali, lavature vaginali con soluzione borica al 4 0|0 sino a che la mucosa vaginale sia ridotta allo stato normale, e nei casi di ulcerazioni con incrostazioni calcaree, dopo staccati i sali calcarei si trovò bene con pennellature di nitrato d'argento all'1 0|0. Operando egli usa cloroformizzare sempre, e dà alla donna la posizione alla Simon. Fra i diversi speculum preferisce quello di Hergott, perchè rende meglio accessibile il campo operatorio per la sua brevità e facoltà di deprimere il perineo. Allorquando esistono stenosi cicatriziali della vagina preferisce di incidere le briglie cicatriziali nella stessa seduta in cui procede all'operazione della fistola. L'unica volta in cui ricorse alla dilatazione graduata l'inferma non guarita nella prima operazione si rifiutò alla seconda perchè stanca delle manovre dilatanti preparatorie. La cruentazione della fistola è sempre fatta largamente in ispecie agli angoli, ed esporta tutto il tessuto cicatriziale. Nel caso in cui l'operazione gli fallì crede sia ciò avvenuto perchè non ha asportato tutto il tessuto cicatriziale. Per la sutura usa sempre seta fenicata N. 0, o N. 1 e fa punti profondi e punti superficiali, e procura che i primi comprendano tutta la superficie cruentata, non curandosi del resto che penetrino, o meno, in vescica. Per fare la sutura si serve sovente dell'ago di Reverdin. In quanto alla cura successiva, non mette mai catetere a permanenza, mentre fa fare il cateterismo ogni tre ore nei primi giorni; al terzo giorno in genere le operate per sua esperienza, orinano da sè. Per alcuni giorni lava la vagina con soluzione borica. Le fistole che egli ebbe ad operare ponno essere così classificate: 2 vescico-utero-vaginale superficiali, e 2 profonde, 1 vescico-vaginale (ed è quella in-

cui l'operazione fallì), 3 vescico-uretro-vaginali. Il diametro delle fistole variò da 5 mill. a 8 centim. Quattro erano complicate con stenosi cicatriziale della vagina, e sono le 4 ultime in ordine di classificazione. Nelle fistole vescico-uretro-vaginali osservò nei primi giorni consecutivi all'atto operativo perdita involontaria dell'urina dal meato. Riferisce più minutamente il caso di una delle fistole vescico-utero-vaginali profonde, in cui il margine posteriore della fistola, corrispondendo a circa la metà dell'altezza del canale cervicale ristabilì la parete di questo canale, e chiuse la fistola sdoppiando le due labbra della fessura cervicale, e ricucendo poi alla Lambert le due metà centrali, e da ultimo fissando la parete anteriore del collo al margine anteriore cruentato della fistola. Quest'operata guariva completamente malgrado che in quarta giornata dall'atto operativo sia stata colpita da difterite faringea. Chiude il dott. Novaro la relazione dicendo che a suo modo di vedere il segreto della riuscita in questo genere di operazione sta tutto nel modo di cruentare e nel modo di cucire dovendo la cruentazione essere ampia, e la sutura applicata in modo da affrontare esattamente le superficie cruentate. Egli non crede che si debba dare molta importanza al materiale da sutura: si è trovato bene colla seta, e qualora fosse dimostrato che il catgut cromico abbia sufficiente resistenza e durata, lo preferirebbe alla seta, perchè così non si avrebbe più da pensare a togliere i punti di sutura.

Il dott. Ferrari non sa se il catgut cromico possa tenere per tempo sufficiente e teme che si sciolga: egli crede che forse sarebbe da preferirsi il catgut con olio di ginepro.

Risponde il Novaro di aver provato questo catgut in altro campo chirurgico e di averlo visto fallire alla prova.

NOVARO GIACOMO. — **Due casi di fibroma interstiziale dell'utero.**

Nel 1.° caso si trattava di una donna di 22 anni, che portava un tumore del volume di un utero gravido a otto mesi, e che le cagionava perdite sanguigne considerevoli ad ogni ricorrenza mensile. L'operava il 4 luglio ultimo scorso di amputazione sopravaginale dell'utero, applicando un laccio provvisorio di gomma elastica alla base del tumore, asportando poi questo con formazione di due lembi, che quindi riuniva insieme mediante numerosi punti di sutura al catgut, disposti in più piani. Tolto il laccio elastico non si vide dal moncone che leggera emorragia, che arrestò con qualche altro punto di cucitura. Esportò pure le due ovaia che presentavano una degenerazione cistica. L'operazione fu condotta con tutte le cautele antisettiche, meno lo Spray, la ferita addominale, chiusa con punti peritoneali di catgut e interstiziale e cutanea di seta, fu medicata alla Lister senza *proctective*. In 8ª giornata si tolsero tutti i punti, e l'ammalata pienamente guarita si alzava in 18.ª giornata provvista di adatta fasciatura elastica per evitare e sventramento e migrazione dei visceri ipocondriaci.

Nel 2.° caso si trattava di donna di 40 anni ridotta in gramo stato da diuturne metrorragie causate da fibroma interstiziale della parete anteriore, che in alto si ergeva a 4 dita sul pube, ed in basso comprendeva il labbro anteriore. Previa incisione crociata sul segmento inferiore del tumore, lo separò fin dove potè arrivare col dito, e poi afferratolo con pinzette di Museux cercò di tirarlo in basso, ma inutilmente, chè il tumore friabile non dava sufficiente presa agli strumenti. Esportata allora la parete staccata, l'operatore medicava la paziente con jodoformio e le faceva injezioni ipodermiche di ergotina. Una ventina di giorni dopo, durante il qual tempo si fecero sempre injezioni di ergotina, il tumore era apprezzabilmente diminuito. Cloroformizzata allora di nuovo l'ammalata si asportava un'altra grossa porzione di tumore con buon risultato. La donna desiderando di ritornare al proprio paese veniva dimessa dall'ospedale, ed il medico locale, che ne continuava la cura disinfettante, un mese dopo faceva sapere che l'ammalata era pienamente guarita.

Il dott. Ferrari soggiunge alcune considerazioni sui procedimenti seguiti dal Billroth e dall'Ashausen in simili casi.

*(21 settembre).*

Bono G. B. — **Studio sull'antropometria in rapporto alla refrazione oculare.**

Premesso un breve cenno bibliografico sui lavori pubblicati sull'argomento e dopo aver accennati ad altre sue misure già pubblicate comunica il risultato di 250 osservazioni fatte in Torino per le quali si confermerebbero le conclusioni già da lui emesse che cioè l'ipermetropia suole essere in rapporto colla brachicefalia, e quando la miopia si presenta nei brachicefali, va congiunta d'ordinario a un difetto d'acutezza; l'indice cefalico del miope e dell'emmetropo si avvicinano fra loro locchè potrebbe spiegarsi pensando alla possibilità che un certo numero di occhi miopi sieno stati originariamente emmetropi. Il Bono ritiene che il tipo craniano dolicocefalo abbia molta importanza almeno come fattore predisponente alla miopia: non crede però di poter concludere che la refrazione oculare sia sempre e solo dipendente dalla forma cranica.

Il dott. Saltini dice che essendo stato invogliato dalla prima pubblicazione del dott. Bono a continuare nelle ricerche già iniziate sull'indice cefalico nei diversi stati della refrazione, è ben lieto di vedere che il risultato delle sue prime 134 misure si avvicini molto a quelle del dott. Bono. Egli pure fu colpito dai rapporti che risultano evidenti fra la brachicefalia e la ipermetropia, rapporti che si fanno meno evidenti fra la dolicocefalia e la miopia: confida di poter venire a qualche conclusione definitiva quando presenterà il risultato delle ricerche che sta facendo presso gli allievi della Scuola militare.

MASINI ORIGENE. — **La Resorcina nella cura delle malattie dell'orecchio.**

Dalla proprietà astringente antizimotica e leggermente caustica ottenne da questa sostanza ottimi effetti.

Il dott. Bartolozzi teme che si moltiplichino troppo i farmachi e si giudichi troppo facilmente della loro efficacia. Il prof. Businelli osserva che è anzi obbligo di esperimentare modi rimedii quando specialmente non si è troppo contenti di quelli in uso.

Il Bartolozzi aggiunge che egli soprattutto per viste economiche dà la preferenza ai preparati di ferro.

Il Masini osserva che nelle malattie parassitarie dell' orecchio il cloruro di ferro è assolutamente inefficace.

BARTOLOZZI DAVIDE. — **Della perforazione della membrana del timpano.**

Presenta speciale strumento per questa operazione.

Il dott. Masini vorrebbe che il miringotomo del dott. Bartolozzi anzichè retto fosse curvo perchè meglio si adattasse allo scopo. Crede però che con nessuno degli strumenti finora ideati si possa fare una vera discissione della membrana del timpano e solo si arrivi a fare una puntura che si chiude poi sollecitamente.

Il dott. Bertolozzi ripete che la stessa disposizione anatomica della parte ci addita di far uso di uno strumento retto.

BUSINELLI FRANCESCO. — **Cheratotomo inguainato.**

Questo strumento fu da lui ideato parecchi anni sono e nondimeno oggi si costruisce altrove sotto il nome di altro collega: ha il vantaggio di potersi portare in una busta ordinaria senza pericolo di guastarlo.

BUSINELLI FRANCESCO. — **Blefaroplastica.**

In una donna per un processo cancrenoso alle palpebre avvenne la distruzione completa delle medesime restando appena una strettissima striscia di pelle in prossimità del margine libero e colla conservazione delle ciglia. Il prof. Businelli senza attendere in questo caso la cicatrizzazione della piaga fece la tarsorafia preventiva e si riserva di pubblicare il risultato finale dell' operazione quando in principio d' anno scolastico avrà riaperta la rima palpebrale: intanto ne presenta la fotografia.

Il dott. Bono fa osservare che facilmente quando si fanno tarsorafie avviene che levata la sutura anche 8-10 mesi dopo, bene spesso si manifesta l'ectropion.

Il Businelli aggiunge che appunto prevedendo questo inconveniente espose nella sua memoria preventiva già stampata di dover procedere colla massima cautela prima di riaprire la rima palpebrale.

PICCININI ETTORE. — **Sull'azione dell'assa fetida come profilattico di miglior sviluppo del feto.**

Esordisce dal lavoro di Laferla e ricorda il prof. Giordano ed il recente scritto del Cazzani sull'argomento; dice come l'assa fetida usata da lui in tre casi clinici abbia completamente confermato le conclusioni, alle quali erano giunti coloro che lo avevano preceduto in simili ricerche e aggiunge di aver visto una volta il feto a termine avere maggiore sviluppo di quelli antecedentemente partoriti 'alla donna alla quale aveva preparato il rimedio. Si diffonde in considerazioni sulla utilità dell'assa fetida per prevenire gli aborti quando le condizioni etiologiche non riescano a spiegarne la genesi, e termina il suo scritto colla narrazione di un caso nel quale si ebbe puerperio morboso, domandando se l'assa fetida non abbia avuto alcuna influenza nella produzione di questo fatto.

Dott. Falconi. Non vuole punto fare obbiezioni al dott. Piccinini, ma piuttosto appoggiarne la conclusione. Assistente del Cazzani potè seguire le esperienze fatte dal Clinico di Cagliari e convincersi del valore dell'assa fetida per prevenire l'aborto.

Prof. Fabbri. Non nega punto l'utilità dell'assa fetida data con lo scopo anti-abortivo, solo vuole far notare la grande influenza della sifilide nel determinare questo accidente: nei casi di aborti ripetuti conviene sempre indagare se nulla nell'anamnesi accenna a questa malattia e narra alcuni casi a lui occorsi nei quali i genitori negavano di avere mai avuto sifilide, non ne restavano traccie, e pure l'esame del prodotto del concepimento espulso dimostra indubbia la sifilide.

Il prof. Mangiagalli si associa alle considerazioni del Fabbri sulla potente azione celtica nell'interrompere precocemente la gravidanza, ma come fatto risultante dalla osservazione clinica non si può negare una certa influenza all'assa fetida come profilattica dell'aborto. Tuttavia la scelta dei casi deve essere rigorosa, e non gli sembra tale qualcuno del dott. Piccinini. Riguardo all'azione malefica dell'assa fetida sul puerperio egli la rigetta completamente.

Dott. Piccinini. Non ha insistito nel suo lavoro sulla sifilide come fattore genetico dell'aborto perchè appunto nei suoi casi questa causa non potevasi ammettere. In alcuni punti le sue storie cliniche sono deficienti di dettagli, come ha osservato il prof. Mangiagalli, ma egli ha ciò fatto per non renderne soverchiamente noiosa l'esposizione.

Prof. Fabbri. Vista la frequenza degli aborti per sifilide, e l'azione anti-abortiva dell'assa fetida si chiede se qualche volta questo farmaco non sia riuscito a prevenire l'interruzione della gravidanza per la sua azione *tonica* sull'organismo.

Prof. Mangiagalli. Non crede a questa azione antiabortiva dell'assa fetida nei casi, la di cui etiologia si deve fare risalire alla sifilide, e pensa piuttosto a guarigioni spontanee della infezione celtica. D'altra parte anche cercando presso i sifilografi non si trova alcun fatto comprovante il valore dell'assa fetida, per combattere la sifilide.

Prof. Pasquali. Dice di aver adoperato in un certo numero di casi l'assa fetida, ed assicura il dott. Piccinini, di non aver mai visto alcuna perniciosa influenza sull'andamento del puerperio. Riguardo agli *aborti regolarmente ripetentisi*, egli crede che in certi casi si possa escludere l'infezione celtica: appunto in questi l'assa fetida può trovare un'utile indicazione.

(*22 settembre*).

Manfredi Niccolò. — **Caso di doppia ectopia nel cristallino.**

L'Autore ebbe opportunità di osservare ripetuti e veri accessi di glaucoma acuto ad ogni accidentale otturarsi del campo pupillare per opera del cristallino. Dall'occhio destro la guarigione definitiva avvenne spontanea in seguito all'atrofia della intera zona pupillare, dal sinistro mercè l'estrazione della lente. Questo caso è soprattutto importante dal punto di vista della patogenia del glaucoma.

Petrilli Raffaele. — **Sulla faradizzazione nei disturbi visivi.**

Accenna due casi clinici: la storia di una poliopia in seguito a traumatismo prontamente guarita colla faradizzazione, a un altro caso di grave abbassamento nell'acutezza visiva con neuralgie perorbitarie corrispondenti, pure rapidamente guarite dopo 4 sedute appena di corrente indotta.

Bartolozzi Davide. — **Caso di grave traumatismo al condotto uditivo esterno.**

Eravi insieme strappamento del padiglione dell'orecchio e rottura della conca; nondimeno la guarigione compievasi in pochi giorni mediante sutura della parte staccata del padiglione e una fasciatura contentiva.

Bono G. B. — **Sull'astigmatismo negli operati di cataratta per estrazione.**

Premesso un breve cenno storico sull'argomento, riassume i fattori necessarii ed eventuali di questo astigmatismo, che sono:

1.° La forma della cornea dopo l'estrazione che a sua volta dipende. *a*) dalla forma della cornea prima dell'operazione, *b*) dalla deformazione prodotta dal taglio corneale per masse interstiziali tra le labbra della ferità, per spostamenti del margine centrale del taglio verso la periferia, per retrazione primitiva e cicatriziale, e per distensione dovuta alla pressione endoculare, *c*) dalla deformazione corneale prodotta dal taglio della capsula.

2.° La forma e situazione della pupilla.

3.° Assimetria della retina.

Di questi fattori analizza la retrazione cicatriziale che sebbene non sia il più importante è però anche il meno studiato. Dimostra come

per essa l'astigmatismo tenda ad essere nella sezione in cui fu fatto il taglio inverso a quello dell'altra sezione; ciò che spiegherebbe il fatto trovato da Woinow e trascurato da molti, che cioè sovente il vetro cilindrico che corregge l'astigmatismo degli afachi (?) per la lontananza debba essere per la vicinanza cambiato non solo sulla direzione dell'asse, ma anche nel grado, fatto quest'ultimo che il Woinow stesso non seppe interpretare. Per la visione in lontananza ci serviamo a preferenza della parte superiore della cornea e per la vicinanza dell'inferiore, e ciò spiega la differenza. Misurò l'astigmatismo col metodo di Snellen e colle tavole di Javal, trovò queste che servivano bene nei casi in cui la pupilla non era deformata. L'astigmatismo di questi operati si può dividere in una parte irregolare ed in una regolare e correggibile. Colla correzione (40 osservazioni) il V. aumentava in media da 1 a 1,52 e l'ipemetropia diminuiva di diottrie 1,3.

FALLERONI DOMENICO. — **Sull'uso della calamita nella chirurgia oculare.**

Riferisce estesamente due casi esperimentali d'estrazione di frammento di ferro o d'acciaio, introdotto nella camera anteriore e nel corpo vitreo, mercè la forza del magnete. Degli altri casi comunica le conclusioni e dà le norme ricavate dalle risultanze esperimentali, per l'esecuzione degli atti operatori, perchè il chirurgo abbia una guida nei diversi e svariati accidenti di penetrazione di frammenti di ferro o di acciajo nella cavità oculare.

Alla lettura fatta dal dott. Falleroni segue una breve discussione tra il prof. Businelli, il dott. Brignone, il prof. Gradenigo e il disserente circa la pratica attualità dell'accennato metodo d'estrazione dei corpi stranieri dall'interno del bulbo.

SALTINI GIULIO. — **Sull'impiego del jodoformio in oculistica.**

Da questa memoria risulta che l'anzidetto rimedio da circa un anno viene impiegato nella Clinica oculistica di Modena in forma di polvere in diverse malattie della congiuntiva e della cornea nelle quali, oltre all'essere sempre ben tollerato, sembra spiegare una certa efficacia soprattutto come antisettico nelle ulceri e negli infiltrati corneali.

Il prof. Gradenigo aggiunge che in un caso di ustione della congiuntiva con calce viva mediante il jodoformio ha potuto impedire la formazione di un simblefaro.

FABBRI ERCOLE FEDERICO. — **Alcune operazioni ginecologiche.**

L'Autore dichiara di volere, come piccolo contributo alla patologia e al trattamento chirurgico delle malattie del muso di tinca, narrare cinque fra i casi a lui occorsi.

*Stenosi congenita dell'orifizio esterno.* La donna di circa 30 anni soffriva di molesti fenomeni nervosi e soprattutto di insonnio che essa

diceva assoluto, le mestruazioni erano normali, non affatto dolorose. L'orifizio era del diametro di circa un millimetro. Fatta incisione bilaterale, esci tosto un globetto di muco denso, tenace, grosso circa come un acino di gran turco.

La donna si sentì subito meglio; la notte stessa cominciò a dormire benissimo, e così proseguendo, partiva dopo un mese in perfetto benessere. Ma dopo alcun tempo per una rapida e violenta corsa si guadagnò un ingorgo uterino, e con esso ritornò in campo l'ostinato insonnio. L'ingorgo cessava presto con acconcia cura e con esso l'insonnia.

Il Fabbri considera i fenomeni cerebrali presentati dalla donna come dovuti all'irritazione dei nervi uterini prodotta prima dell'operazione dal zaffo di muco che distendeva il canale cervicale, e la seconda volta dall'ingorgo uterino.

*Adenoma diffuso e villoso del muso di tinca.* Lo notò in contadina di 30 anni, fisicamente vergine, e che non aveva mai avuta mestruazione. L'imene floscio ammetteva lo speculum vaginale. Non potendo attirare alla vulva il collo, nè applicare speculi di Simon, Fabbri amputò il muso di tinca coll'ansa galvano-causa, lasciando l'utero in posto, e senza speculum. Una speciale pinza di Museux fissò il collo e l'ansa. Il moncone cicatrizzò con superficie liscia, e orifizio bene aperto. Dopo alcun tempo nel fornice anteriore notavansi alcune granulazioni, indizio che l'adenoma si riproduceva. Grossi stuelli pregni di tintura di jodio schietto guarirono del tutto la donna.

*Singolare forma di adenoma del labbro posteriore.* Ne era affetta una donna di circa 40 anni. L'adenoma sorgeva dal labbro posteriore a forma di cilindro lungo circa un centimetro e grosso come una penna d'oca. Fu estirpato seco escidendo una buona porzione del labbro posteriore in forma di V. La guarigione fu stabile.

*Emorragia gravissima in seguito ad escisione di un polipetto fibroso.* Per ciò che ne dicono quasi tutti i ginecologi e per propria esperienza, Fabbri credeva vani i timori di emorragie dopo l'escisione colle forbici di simili neoplasmi: ma in un caso di escisione di un polipetto grande come una noce, e nato dalla parete posteriore della cervice, benchè all'atto dell'operazione e per un po' di tempo dopo non si mostrasse emorragia, quando l'operata era già stata lasciata dal Fabbri insorse emorragia imponente. Per buona sorte il Fabbri giunse in tempo per salvare la donna applicando il ferro rovente.

*Adenoma del labbro posteriore con incipiente cancro.* Ne era afflitta una giovane di circa 24 anni, che soffriva da qualche mese di emorragie uterine, e all'esplorazione altro non presentava che una lieve tumidezza molliccia del labbro posteriore che in forma di semidisco cominciava alla bocca uterina e non raggiungeva la periferia libera del labbro stesso.

Questa parte era leggermente azzurrognola, escoriata e scabra in

corrispondenza dell'orifizio uterino, ove facilmente sanguinava. L'amputazione fu fatta coll'ansa galvano-caustica usando lo speculum di Sims, tenendo la donna sul fianco, e senza cloroformizzarla. L'esame microscopico istituito dal prof. Taruffi mostrò la natura di adenoma, congiunto a cancro incipiente della mucosa endo-cervicale. La cicatrizzazione si fece con superficie irregolare stellata e con restringimento dell'orifizio.

Nel lasso di pochi mesi la stenosi crebbe a tal grado e cagionava tale dismenorrea che il Fabbri si vide costretto ad escidere tutta la cicatrice, e a cucire la mucosa interna del collo con quella del fornice posteriore e dell'anteriore. È già trascorso un anno dopo questa ultima operazione e la dismenorrea non si è più ripetuta.

Ad illustrare questo caso Fabbri mostra due modelli in cera, il primo dei quali rappresenta la porzione amputata colla galvanocaustica, e il secondo mostra il moncone colla cicatrice stellata. Fabbri stesso prese la forma del moncone colando della scorrevolissima scagliola entro allo speculum applicato al moncone. Consiglia di seguire questo metodo per fare raccolte di modelli che servono bene all'insegnamento.

Quest'ultimo caso sembra a Fabbri interessante non solo dal lato patologico ma eziandio avuto riguardo alla chirurgia uterina, perchè mostra come bisogna prendere in seria considerazione anche lesioni apparentemente leggere, per togliere a tempo e con operazioni di poco momento malattie che altrimenti riescono gravissime.

Riguardo al metodo di amputazione del collo uterino, egli preferisce in genere l'incisione che quando occorre permette di amputare molto in alto, e che seguita da sutura conduce a guarigione più pronta e con superficie più regolari; però quando non si debba fare amputazione sopravaginale, e si incontrino difficoltà al forte abbassamento dell'utero, e alla necessaria dilatazione della vagina, crede che possa preferirsi l'ansa galvano-caustica; sorvegliando però la cicatrizzazione per non incorrere nella stenosi dell'orifizio uterino.

Aperta la discussione sulla comunicazione del prof. Fabbri, il dottor Scarlini vorrebbe sapere se il Fabbri non creda che qualche volta nella estirpazione di polipi fibrosi d'utero, si possa ricorrere alla torsione.

Fabbri risponde che in casi di polipi fibrosi con esilissimo peduncolo la torsione può essere utilizzata. La crede imprudente quando il largo peduncolo sia formato da tessuto muscolo-fibroso.

Mangiagalli Luigi. — **Considerazioni su alcune operazioni di cistovario.**

Nelle tre ultime ovariotomie da lui operate ebbe a notare alcune particolarità degne di qualche considerazione. — Nel 1.° caso si trattatava di grosso cistovario con aderenze pelviche, complicato da fibromi multipli interstiziali dell'utero: asportò la cisti e il diverticolo

aderente alla pelvi cioè all'ingiro della parte bassa della ferita addominale: amputò l'utero nella regione dell'orificio interno, e fissò il moncone all'angolo inferiore della ferita stessa. Nei primi 7 giorni tutto procedette regolarmente: in 8.ª giornata sopravvenne febbre ed in 9.ª giornata la donna soccombeva quasi improvvisamente con fenomeni dispnoici. — Il 2° caso fu interessante per il trattamento del peduncolo: era esso lungo di più di 15 centimetri, e per evitare che aderisse alle anse intestinali nel processo di cicatrizzazione, lo ricoperse con una porzione di peritoneo. La donna si alzava in 10.ª giornata. — Il 3.° caso infine fu osservato in una puerpera in 35.ª giornata dal parto, che aveva dolori simulanti una colica nefritica, e presentava segni non dubbi di cistovario non molto sviluppato. Aperto l'addome vide che il contenuto della cisti si era fatto sanguinolento, e che un po' di siero sanguinolento esisteva anche nella cavità peritoneale, perchè il tumore aveva subito sul suo peduncolo una torsione di due giri e mezzo. La donna che non operata, indubbiamente sarebbe morta per le conseguenza dello sfacelo del neoplasma, si alzava guarita in 10.ª giornata.

## VI. — Sezione — Sifilopatia — Dermopatia.

(*19 Settembre*).

Majocchi Domenico. — **Esperimenti coll'olio di croton nell'erpete tonsurante.**

Incomincia col far osservare, che egli ha voluto adoperare l'olio di croton, non già a scopo terapeutico (come taluno ha creduto fino ad ora) ma sotto il rapporto fisio-patologico. Aggiunge ancora che per tali esperimenti egli è partito dall'osservazione clinica e soprattutto dal concetto micologico del Kerion che secondo le sue ricerche sarebbe basato sullo *sviluppo miceliale* del fungo.

Dal complesso dei risultati sperimentali il Majocchi si crede autorizzato a fare le seguenti conclusioni:

1.° L'erpete tonsurante può subire lo stadio ulteriore di Kerion mercè uno stimolo o accidentale o provocato sulla cute da esso affetta.

2.° La condizione favorevole per tale metamorfosi sarebbe lo sviluppo miceliale del fungo, mentre lo stimolo farebbe da causa occasionale.

3.° Se il Kerion è il prodotto della forma *miceliale* del fungo e se questa rappresenta una fase più perfetta e più tardiva di sviluppo del fungo medesimo ne consegue necessariamente che il Kerion debba essere preceduto da un'altra forma di micosi tricofitica, relativa allo stadio di sviluppo in cui trovasi il fungo. E qui si ferma a fare notare l'errore di coloro che hanno negato la contagiosità del Kerion, perchè l'innesto dei capelli di questo, non lo ha riprodotto immediatamente nella sua forma. Dimostra che ciò è contrario all'osservazione clinica, al fatto micologico, convalidato oggi dall'esperimento fisio-patologico:

onde egli viene a quest'altra conclusione: *il Kerion non si riproduce come Kerion* ma sotto la forma della micosi tonsurante.

Da ultimo illustra un caso di Kerion Celsi del dorso della mano sviluppatosi in seguito all'erpete circinato trattato con una forte pomata solforosa Ne presenta la fotografia.

Il prof. Gamberini riconosce l'importanza del lavoro per la genesi del Kerion; domanda solamente il modo di penetrare del fungo nel follicolo e nella glandola sebacea.

Il prof. Majocchi ripete che il meccanismo di penetrazione del fungo è dovuto alla infiltrazione meccanica dei filamenti ifici del fungo, e allo stato irritativo dei tessuti, che prestano un terreno più facile ad essere invasi dal fungo stesso.

Il prof. Gamberini domanda se nella sicosis avviene lo stesso fatto e come può spiegarsi la rapidità di sviluppo della sicosis dall'erpete circinato. Domanda ancora se vi sia qualche differenza fra il Kerion spontaneo e quello che si produce mercè l'esperimento.

Il prof. Majocchi risponde che ciò si verifica appunto per lo stimolo maggiore a cui va soggetta questa parte soprattutto per il radersi la barba, producendo dei traumatismi che favoriscono la penetrazione del fungo. — In quanto poi alla differenza clinica fra il Kerion accidentale e quello sperimentale, egli afferma che non ne esiste veruna.

Il dott. Uzielli domanda in quanto tempo si ha lo sviluppo del Kerion col metodo sperimentale.

Il prof. Majocchi risponde che ciò avviene dentro lo spazio di due settimane fino ad un mese.

*(20 Settembre).*

RAZZABONI ANTONIO. — **Caso di ectima sifilitico gravissimo e precoce.**

Comincia col distinguere due generi di sifilide, una grave maligna precoce, l'altra grave maligna tardiva. Riferisce la storia di un tale a cui dopo 45 giorni dallo sviluppo dell'ulcere duro manifestaronsi moltissime pustole in tutto il corpo, che modificandosi poco dopo in croste densissime verdastre rugose e dando luogo alla caduta delle medesime, lasciavano ulcerazioni profondissime secernenti sanie fetidissima. Descrive pure nuovi caratteri e nuove fasi che subì tale manifestazione sifilitica dimostrando in tal modo, anche con l'appoggio di distinti sifilologhi, l'evidenza di questa sifilide *grave maligna* e *precoce.* Tratta pure della cura speciale fatta in questo caso, riferisce che quando si credeva vicina la guarigione, eruzioni della stessa natura svilupparonsi più gravi al punto da ridurre l'ammalato in uno stato cachettico da far temere per la vita del medesimo. Esprime come in questo caso la cura fosse assolutamente ricostituente per combattere la successione, non trascurando pertanto l'uso moderato dei mercuriali e dei preparati jodati. Conclude ammettendo che per la cura della sifilide è indispen-

sabile il mercurio, che i ricostituenti sono complementi della cura, e che ad onta delle opposizioni al mercurio medesimo, in questo ramo speciale, sarà l'unico orgoglio della sua terapeutica.

Il prof. Majocchi, conviene pienamente nelle conclusioni che il medesimo dott. Razzaboni fa per dimostrare la diagnosi dell'*ectima sifilitico profondo precoce*, ed afferma che in questo caso si trattò veramente della detta malattia in quanto che si è sviluppato assai precocemente, mentre le forme pustolose che avvengono nel periodo avanzato, ancorchè abbiano tutte le parvenze dell'ectima sono più da considerarsi come prodotti cachettici. Conclude che il caso in discorso non lascia alcun dubbio sull'esattezza della diagnosi.

Barduzzi Domenico. — **Sulla sifilide ereditaria tardiva.**

Fa notare le varie discrepanze che regnano tuttora su tale argomento, e dopo varie considerazioni sulla localizzazione della sifilide ereditaria, passa a fare le seguenti conclusioni:

1.° Che la sifilide ereditaria può manifestarsi tardivamente sotto forme di lesioni terziarie.

2.° Che l'arresto di sviluppo del corpo, le lesioni speciali degli occhi e dei denti, ed anche degli orecchi, sono segni che ne avvalorano molto la diagnosi.

3.° Che anche il criterio terapeutico serve spesso a confermare la diagnosi.

4.° Che per rischiarare maggiormente questo argomento importantissimo fa duopo che i sifilografi, e gli anatomo-patologi con nuovi esempj minutamente raccolti e studiati vi portino nuova luce.

Il prof. Casarini in conferma di quanto ha esposto il Barduzzi sulla sifilide ereditaria tardiva, descrive due casi di questo genere in uno dei quali a suo avviso si può avere la certezza che si trattasse di vera manifestazione di sifilide ereditaria tardiva.

Il dott. Caninì fa osservare che la possibilità di questa forma sifilitica non ne nasconde le gravi difficoltà che s'incontrano nel diagnostico della sifilide ereditaria tardiva.

Il Barduzzi afferma di trovarsi d'accordo col dott. Canini nell'ammettere la difficoltà che può incontrarsi nel diagnostico di questa forma sifilitica, però egli osserva che anche il dott. Canini ammette lo stesso principio da cui partono le sue osservazioni.

Il Majocchi accenna due casi di lesioni del palato osseo per sifilide ereditaria tardiva, e fa notare come la sifilide ereditaria si localizzi in questa regione.

Majocchi Domenico. — **Sulla protesi meccanica nella terapia della sifilide del palato osseo.**

Dopo brevi generalità sulla sifilide gommosa del palato osseo relative alle lesioni iniziali dalla sede costante e alla circoscrizione di questa

grave lesione sifilitica, viene a dimostrare come la protesi meccanica sia la migliore risorsa di cui dispone il curante in simili evenienze. Passa quindi a dare alcuni cenni storici sulla protesi meccanica dai greci ad Ambrogio Pareo e fa osservare come oggidì mercè la vulcanite, si è giunti a fabbricare palati artificiali di più facile fabbricazione, e di minor costo. Descritte quindi alcune lesioni anatomo-patologiche che sogliono verificarsi lungo il rafe palatino di individui sifilitici e fatta notare l'importanza di queste nella formazione della fistola palatina, viene alle seguenti conclusioni:

1.° La protesi meccanica conviene nel periodo neoplastico e ulcerativo nel sifiloma del palato, sia in forma circoscritta sia in forma diffusa.

2.° La protesi conviene nel periodo necrotico delle ossa del palato, riuscendo bene e spesso questo mezzo a prevenire le fistole palatine.

3.° Anche nello stadio definitivo della fistola del palato osseo, ammette la necessità dell'applicazione della protesi meccanica, onde limitare i guasti ulteriori del processo necrotico, e impedire la distruzione di gran parte del palato stesso.

Il dott. Barduzzi conviene sulla protesi meccanica nella sifilide gommosa del palato, e narra di essersene ottimamente servito in un caso.

Canini Augusto. — **Sulle terminazioni nervose nella pelle delle rane.**

Parla degli studj anteriori sulle terminazioni nella cute e fa notare le difficoltà che s'incontrano per avere un coloramento dimostrativo. Dice che il Pfitzner aveva già dimostrato le fibre nervose nella membrana basale, ma non avea veduto le continuazioni colle fibre sottocutanee. Parla del processo di preparazione da esso seguito, vale a dire delle sezioni *alla parosina* per cui si ottengono tagli grossi 9.5 millesimi di millimetro. Con questa tecnica si possono osservare le diramazioni nervose terminali penetrare nella cute e mettersi in rapporto con gli elementi claviformi. Da ultimo si ferma a parlare delle ricerche del Ranvier sulle terminazioni nervose della cute, ottenute col succo di limone e cloruro d'oro e dice che debbono ritenersi come vasi linfatici.

Il dott. Tassi domanda alcuni schiarimenti sopra queste terminazioni alle quali opportunamente risponde il Canini.

Il prof. Manassei domanda fino a quale altezza si sollevano le dette terminazioni e il Canini risponde che entrano nelle cellule epiteliali basali. — Il prof. Majocchi parla delle diverse terminazioni nervose della pelle e dice che quelle trovate dal Canini non furono da altri descritte.

Manassei Casimiro. — **Sulla sifilide pigmentaria.**

Accenna a diversi casi di questa forma sifilitica e ne descrive uno osservato su d'un uomo. Fa notare la rarità della sifilide pigmentaria

nel sesso maschile, e conclude che questa forma ha diritto di esistere accanto agli altri sifilodermi.

Passa indi a fare *alcune proposte profilattiche intorno alla sifilide.*

Il dott. Tassi afferma d'aver osservato alcune affezioni pigmentarie sifilitiche, ma sempre come forme secondarie, e mai nello stadio tardivo.

Ripete il Manassei d'averle osservate sempre entro il corso di due anni.

Lo stesso Tassi e il dott. Fedeli dimostrano l'importanza delle proposte profilattiche del Manassei e fanno voti che desse siano presto discusse dagli scienziati e vengono attuate dal Governo.

*(22 Settembre).*

Manassei Casimiro. — **Dei licheni e più particolarmente del lichene piano.**

Incomincia dal far osservare che i dermatologi tedeschi sono stati troppo esclusivisti ammettendo colla scuola di Hebra due forme di Licheni: 1.ª dei scrofolosi, 2.ª il lichene rosso. — Egli è d'avviso che anche altre dermatosi devono rientrare fra i licheni; vale a dire: 1.° Lichene semplice. 2.° L. orticato. 3.° L. circoscritto. 4.° L. dei scrofolosi. 5.° L. rosso.

Fa osservare che il *L. rosso* dei tedeschi, non corrisponde a quello descritto dagli inglesi. I dermatologi tedeschi fanno una sola forma del Lichene rosso e del L. piano e li considerano come fasi diverse di sviluppo della stessa forma. Passa quindi a dare una breve ed esatta descrizione clinica del Lichene piano, e ne fa conoscere le differenze fra questo e il L. rosso. Parla del prognostico più grave nel L. rosso e lieve nel L. piano, sebbene fa osservare che dopo l'esperienza dell'Unna anche il L. rosso oggi è guaribile in 8 a 20 giorni.

Da questa esposizione prende motivo per fare una proposta intorno alla costituzione di una Società Dermo-sifilopatica, come si è formata attualmente in America. Dietro la proposta del prof. Manassei la Sezione Dermo-sifilopatica vota *ad unanimità* di

« Formare una società di distinti dermatologi che avesse per scopo « l'uniformità del lavoro, l'indirizzo alle ricerche, l'esame delle nuove « pubblicazioni scientifiche e cliniche, e terapeutiche, e l'uguaglianza « del linguaggio nella classificazione delle malattie cutanee. »

Il prof. Majocchi chiede se la cura adottata da Unna possa applicarsi anche nello studio avanzato del *L. rosso*. Il prof. Manassei risponde che precisamente in questo stadio fu riconosciuta utile la cura fatta dall'Unna, il quale descrive dei casi in cui vi erano ragadi, infiltramento del derma, e nondimono guarirono in pochi giorni.

Casarini Giuseppe. — **Alcune osservazioni sulla porrigo decalvans.**

Narra di avere osservati parecchi casi di questa malattia nei quali

non si ebbe ad osservare il fungo, quantunque l'esame fosse fatto da micrografisti distinti. Narra un caso di un individuo affetto da tale malattia alla barba, che non valse a comunicarla a persona con cui conviveva. Chiude la sua comunicazione facendo il quesito: « Se deve ammettersi nella *Porrigo decalvans* o *Area Celsi* qualche varietà, ovvero se coloro che non trovarono il fungo mancarono di esattezza nel metodo di ricerca. »

Il prof. Manassei fa osservare che l'esame microscopico negativo non può essere preso come criterio sicuro per escludere il fungo nell' Area Celsi. Il prof. Majocchi si associa all' opinione del prof. Manassei e si riserva di fare alcune osservazioni allorchè avrà esposto i suoi studii sopra questo argomento.

MAJOCCHI DOMENICO. — **Nuove ricerche micologiche sull' Area Celsi.**

Incomincia a dare qualche cenno storico sulla scoperta del fungo fatta dal Gruby nel 1843, e citando i lavori italiani ed esteri sino agli ultimi che hanno dimostrato la presenza della crittogama (*Microsporon Audouini*) Afferma che il Manassei fino dal 1834 lo aveva veduto, e lo dimostrava ogni anno alla sua scolaresca. Descrive brevemente la morfologia del *Microsporon A.* e fa osservare che esso è costituito da un doppio ordine di spore: 1.° spore grandi rotonde, splendenti del diametro di 5 μ; 2.° e spore piccole rotonde del diametro di 2 μ. Considera come spore madri come *asco-spore* le prime, e le seconde come spore figlie (*conidii*). Passa quindi a descrivere la sede del fungo: 1.° nel capello, 2.° nelle squame epidermiche, 3.° nella pelle; e si ferma soprattutto a parlare dei tagli della pelle dell'area Premette che altri prima di lui già aveano fatto dei tagli sulla pelle dell' area, e ricorda, il Malassez, lo Schultze, il Vagener; ma fa osservare che queste ricerche restarono senza alcun risultato. Il Majocchi dice che i tagli da lui fatti sulla pelle dell'area hanno dimostrato per la prima volta la sede precisa del fungo; fa notare l'importanza che può avere la esatta conoscenza della sede di esso nel follicolo pilifero allorchè le spore ne rivestano la parete senza invadere la guaina del pelo, di guisachè estraendo il pelo questo dà un risultato negativo all' esame microscopico. Dimostra quindi con il sussidio di preparazioni microscopiche tutte le minute particolarità di sede e di disposizioni del fungo nel follicolo, nel pelo e nella sua guaina, e le diverse alterazioni istologiche che esso produce in queste parti. — Da ultimo parla brevemente del modo di preparazione e fa osservare tutte le cautele necessarie, e le difficoltà che s'incontrano nella ricerca del fungo. Chiude l' esposizione dei suoi studii, dicendo che egli non ha inteso colle sue ricerche di combattere una teoria per accettarne un' altra; solamente ha voluto addurre dei fatti che dimostrano l' esistenza di un' *area Celsi parassitaria*.

UZIELLI MOISÈ. — **Casi di sifiloma in sede lontana dalla regione genito-anale e caso di ulcere venerea alla testa.**

Il dott. Razzaboni in appoggio all'esposizione fatta dall' Uzielli, riferisce che ebbe a osservare un sifiloma primitivo alla guancia destra.

L'Uzielli suddetto espone un'altra osservazione, che le ulceri fuori della zona genitale guariscono più sollecitamente di quelle che si sviluppano nei genitali stessi. Alla quale osservazione Razzaboni cita un fatto osservato in una donna per inoculazione involontaria di un ulcere molle nel polpastrello dell'indice della mano destra, che cauterizzato coll'acido nitrico guarì in due settimane.

Il prof. Majocchi invita il dott. Uzielli a continuare questo studio che ha molto valore sotto il rapporto statistico.

MAJOCCHI DOMENICO. — **Ricerche istologiche sopra i neoplasmi congeniti della pelle.**

Premette qualche osservazione sull' importanza di queste neoproduzioni tanto sotto il rapporto clinico che istologico.

1.° Incomincia a descrivere un caso singolare di verruca congenita osservato in una giovane di 20 anni. Descritta dettagliatamente la storia clinica e fatta notare *la sede, la disposizione e il colore* di essa viene a darle il nome di *verruca congenita pigmentaria zoniforme.* — Sotto il rapporto patogenico. Egli ritiene che dessa sia in rapporto col sistema pervaso-periferico sebbene non se ne possa dimostrare il meccanismo di formazione per un solo disturbo vaso-motorio trofico. Crede però giustificato il distintivo datole di *zoniforme*, perchè a guisa del Zooster si trovava sul decorso dei nervi intercostali. Da ultimo si ferma a parlare brevemente sulla struttura istologica di queste neoformazioni.

2.° Un altro caso di verruca assai diverso dall' altra viene descritto dal prof. Majocchi. *Passaggio di un corneoma in epitelioma semplice del corpo di* Malpighi. Dopo la descrizione della storia clinica e delle particolarità istologiche, fa notare come uno stimolo accidentale o una improvvida cura possa determinare questo passaggio da tumore benigno in maligno, come verificossi in questo caso.

3.° Passa quindi a descrivere un *neo-vascolare della gota* osservato in una bambina curata nella Clinica Chirurgica del prof. Mazzoni. Dimostra come dopo l'innesto vaccinico si determinasse lo sviluppo di un sarcoma sul neo. Descrive tutte le particolarità di struttura del neoplasma dimostrando che trattavasi di un sarcoma *fuso-cellulare* perivasale, e endovasale. Fa vedere come in alcuni punti si modifichi la struttura del neoplasma, presentandosi costituito da numerose cellule giganti, e in altri invece il tessuto perivasale si converta in tessuto osseo embrionale. Termina con alcune osservazioni cliniche sopra i nei materni che si convertono in tumori maligni.

4.° Da ultimo presenta tre piccoli *encondromi della cute* della faccia

non si ebbe ad osservare il fungo, quantunque l'esame fosse fatto da micrografisti distinti. Narra un caso di un individuo affetto da tale malattia alla barba, che non valse a comunicarla a persona con cui conviveva. Chiude la sua comunicazione facendo il quesito: « Se deve ammettersi nella *Porrigo decalvans* o *Area Celsi* qualche varietà, ovvero se colorò che non trovarono il fungo mancarono di esattezza nel metodo di ricerca. »

Il prof. Manassei fa osservare che l'esame microscopico negativo non può essere preso come criterio sicuro per escludere il fungo nell' Area Celsi. Il prof. Majocchi si associa all' opinione del prof. Manassei e si riserva di fare alcune osservazioni allorchè avrà esposto i suoi studii sopra questo argomento.

MAJOCCHI DOMENICO. — **Nuove ricerche micologiche sull' Area Celsi.**

Incomincia a dare qualche cenno storico sulla scoperta del fungo fatta dal Gruby nel 1843, e citando i lavori italiani ed esteri sino agli ultimi che hanno dimostrato la presenza della crittogama (*Microsporon Audouini*) Afferma che il Manassei fino dal 1834 lo aveva veduto, e lo dimostrava ogni anno alla sua scolaresca. Descrive brevemente la morfologia del *Microsporon A.* e fa osservare che esso è costituito da un doppio ordine di spore: 1.° spore grandi rotonde, splendenti del diametro di 5 μ; 2.° e spore piccole rotonde del diametro di 2 μ. Considera come spore madri come *asco-spore* le prime, e le seconde come spore figlie (*conidii*). Passa quindi a descrivere la sede del fungo: 1.° nel capello, 2.° nelle squame epidermiche, 3.° nella pelle; e si ferma soprattutto a parlare dei tagli della pelle dell'area Premette che altri prima di lui già aveano fatto dei tagli sulla pelle dell' area, e ricorda, il Malassez, lo Schultze, il Vagener; ma fa osservare che queste ricerche restarono senza alcun risultato. Il Majocchi dice che i tagli da lui fatti sulla pelle dell'area hanno dimostrato per la prima volta la sede precisa del fungo; fa notare l'importanza che può avere la esatta conoscenza della sede di esso nel follicolo pilifero allorchè le spore ne rivestano la parete senza invadere la guaina del pelo, di guisachè estraendo il pelo questo dà un risultato negativo all' esame microscopico. Dimostra quindi con il sussidio di preparazioni microscopiche tutte le minute particolarità di sede e di disposizioni del fungo nel follicolo, nel pelo e nella sua guaina, e le diverse alterazioni istologiche che esso produce in queste parti. — Da ultimo parla brevemente del modo di preparazione e fa osservare tutte le cautele necessarie, e le difficoltà che s'incontrano nella ricerca del fungo. Chiude l' esposizione dei suoi studii, dicendo che egli non ha inteso colle sue ricerche di combattere una teoria per accettarne un' altra; solamente ha voluto addurre dei fatti che dimostrano l' esistenza di un' *area Celsi parassitaria*.

Uzielli Moisè. — **Casi di sifiloma in sede lontana dalla regione genito-anale e caso di ulcere venerea alla testa.**

Il dott. Razzaboni in appoggio all'esposizione fatta dall' Uzielli, riferisce che ebbe a osservare un sifiloma primitivo alla guancia destra.

L'Uzielli suddetto espone un'altra osservazione, che le ulceri fuori della zona genitale guariscono più sollecitamente di quelle che si sviluppano nei genitali stessi. Alla quale osservazione Razzaboni cita un fatto osservato in una donna per inoculazione involontaria di un ulcere molle nel polpastrello dell'indice della mano destra, che cauterizzato coll'acido nitrico guarì in due settimane.

Il prof. Majocchi invita il dott. Uzielli a continuare questo studio che ha molto valore sotto il rapporto statistico.

Majocchi Domenico. — **Ricerche istologiche sopra i neoplasmi congeniti della pelle.**

Premette qualche osservazione sull' importanza di queste neoproduzioni tanto sotto il rapporto clinico che istologico.

1.° Incomincia a descrivere un caso singolare di verruca congenita osservato in una giovane di 20 anni. Descritta dettagliatamente la storia clinica e fatta notare *la sede, la disposizione e il colore* di essa viene a darle il nome di *verruca congenita pigmentaria zoniforme.* — Sotto il rapporto patogenico. Egli ritiene che dessa sia in rapporto col sistema pervaso-periferico sebbene non se ne possa dimostrare il meccanismo di formazione per un solo disturbo vaso-motorio trofico. Crede però giustificato il distintivo datole di *zoniforme*, perchè a guisa del Zooster si trovava sul decorso dei nervi intercostali. Da ultimo si ferma a parlare brevemente sulla struttura istologica di queste neoformazioni.

2.° Un altro caso di verruca assai diverso dall' altra viene descritto dal prof. Majocchi. *Passaggio di un corneoma in epitelioma semplice del corpo di* Malpighi. Dopo la descrizione della storia clinica e delle particolarità istologiche, fa notare come uno stimolo accidentale o una improvvida cura possa determinare questo passaggio da tumore benigno in maligno, come verificossi in questo caso.

3.° Passa quindi a descrivere un *neo-vascolare della gota* osservato in una bambina curata nella Clinica Chirurgica del prof. Mazzoni. Dimostra come dopo l'innesto vaccinico si determinasse lo sviluppo di un sarcoma sul neo. Descrive tutte le particolarità di struttura del neoplasma dimostrando che trattavasi di un sarcoma *fuso-cellulare* perivasale, e endovasale. Fa vedere come in alcuni punti si modifichi la struttura del neoplasma, presentandosi costituito da numerose cellule giganti, e in altri invece il tessuto perivasale si converta in tessuto osseo embrionale. Termina con alcune osservazioni cliniche sopra i nei materni che si convertono in tumori maligni.

4.° Da ultimo presenta tre piccoli *encondromi della cute* della faccia

ben trattato, particolarmente sotto il rispetto clinico ed anatomo-patologico.

Segue uno studio accurato sulla *malattia del Parkinson* (*paralisi agitante*), di cui pure l'Autore vuole conservato il tipo clinico, sebbene ripeta collo Charcot: che le lesioni anatomo-patologiche di quest' affezione sono ancora da trovarsi, non già perchè esse facciano difetto, ma perchè sono troppo complesse e fra loro di differente natura.

Il libro 3.° tratta delle nevrosi complesse: la *corea*, l'*epilessia*, la *neurastenia*, la *catalessia* e l'*isterismo*.

Fra i sintomi prodromici della *corea* l'Autore fa osservare che non di rado si notano fenomeni di irritazione spinale, che sembrerebbero confermare l'opinione di Betz sulla sede midollare della malattia. Schmitt li descrive in forma di dolori che si risvegliano alla pressione delle apofisi spinose, particolarmente delle regioni dorsale e lombare, o di dolori reumatoidi alle spalle, alla nuca, alla testa; di segni di irritazione cardiaca, di spossamento generale, di incertezza nella deambulazione, di insonnia, di incubo notturno, ecc.. Tale stato può durare anche qualche tempo ed accenna ad una condizione di anemia (?) che potrebbe essere efficacemente combattuta sino dal suo primo comparire. Altre volte la malattia comincia quasi d'un tratto, preannunziata da una vertigine, da un attacco epilettiforme od isterico, da una febbre cerebrale con delirio e vomito.

La descrizione classica della malattia, quale fu fatta da Axenfeld nel Trattato, è rimasta pressochè invariata. Solo l'Huchard aggiunge poche parole sulla *corea degli adulti e dei vecchi*, notando inoltre che la malattia dopo i 20 anni è di difficile guarigione. Sulla *corea della gravidanza* è riportato il giudizio di Romberg, che dessa cioè sia quasi sempre bilaterale, aggiungendo che si sviluppa soprattutto nelle primipare entro i quattro primi mesi di gravidanza e che predispone al parto precoce ed all'aborto. — Sui rapporti ammessi fra la corea ed il reumatismo, l'Autore non si discosta dalle idee del Roger. L'influenza delle malattie febbrili sulla guarigione della malattia è pur tenuta in giusto calcolo, ad appoggio dell'adagio: *febris accedens solvit spasmos*.

Appoggiando la teoria inglese, Huchard propende a credere che la corea abbia la sua sede nel cervello, e più specialmente nei corpi striati. Nelle complicazioni col reumatismo, si avrebbe a fare sempre con un intermediario: l'endocardite, che sarebbe il punto di partenza delle embolie capillari, le quali fissandosi sui corpi opto-striati, darebbero luogo alla produzione dei movimenti coreici. Ciò sarebbe in rapporto colla sede che Charcot e Raymond hanno assegnato all'emicorea, la quale dipenderebbe da una lesione del fascio di fibre che trovasi davanti ed esternamente al fascio sensitivo, in rapporto colla parte posteriore del talamo ottico. Tale teoria starebbe anche in relazione coi

risultati dell'esperimento. Ciò non toglie poi la possibilità che la midolla abbia gran parte nella produzione della corea, come vogliono Chauveau, Caraille, Legros ed Onimus.

Chi penserebbe poi che l'Autore, dopo aver espresso in tal modo quasi recisamente la sua professione di fede, finisse col non trovare assurda l'idea di Jaccoud (che del resto è pur quella di Cyon e di Ziemssen), essere, cioè, la sede della corea nel sistema nervoso intero? Questa conclusione dell'Autore per vero non si poteva prevedere, dopo aver egli ammesso che la corea devesi ritenere di origine cerebrale. Il rimanente del capitolo riguarda la sintomatologia e la cura della corea ed è ricco di osservazioni, interessanti, tanto dal lato scientifico quanto dal pratico e specialmente dal terapeutico.

Più esteso è il capitolo che tratta dell'*epilessia*, in cui è tenuto conto dei sintomi principali che caratterizzano la malattia e di quelli che accidentalmente si possono manifestare. A ragione è combattuta l'asserzione di Rabow, di Seyfert, di Witt; ecc., che le urine degli epilettici divengano sempre albuminose dopo ogni crisi, mentre solo in alcuni casi, e dopo violentissimi accessi, questo fatto si può verificare.

Nella descrizione del *piccolo male* Huchard diligentemente si estende sulle varietà delle vertigini epilettiche, dando il massimo valore ai caratteri dominanti della perdita della conoscenza e dell'assoluta mancanza della memoria. — Il carattere morale dell'epilettico è descritto colle stesse parole del Morel. Noi però avremmo desiderato che non fosse sfuggito all'Autore l'eccitamento del sentimento religioso che si nota nella maggior parte degli epilettici e che contrasta sì grandemente col pervertimento del loro senso morale.

I fenomeni di ordine psichico che si presentano nell'epilessia sono benissimo tratteggiati, e così dicasi della *equivalenza* del delirio da una parte, delle vertigini e delle convulsioni dall'altra, nonchè della forma *larvata* che l'epilessia può assumere, e dell'indebolimento mentale a cui si può accompagnare. A questo punto l'Autore ha sentito il bisogno di entrare brevemente nell'argomento dell'importanza medico-legale della frenosi epilettica, mantenendo nell'antico suo credito il fatto della mancanza assoluta della memoria che accompagna il delirio e le azioni impulsive dell'epilettico, malgrado le opposizioni che taluno di recente ha creduto di dover fare a questo classico carattere della malattia comiziale.

L'influenza delle malattie intercorrenti sul decorso dell'epilessia era conosciuta fino da Ippocrate. L'Autore riassume le molte questioni che sono state fatte su tale proposito, ammettendo: 1.° che l'influenza benigna sia esercitata piuttosto dalle affezioni acute e febbrili di quello che dalle croniche ed apiretiche; 2.° che possa esercitarsi temporariamente, durante il corso della malattia intercorrente, sospendendo gli accessi convulsivi, senza guarire l'epilessia; 3.° che più di rado possa

perdurare a malattia compiuta per un tempo più o meno lungo, oppure anche determinare la cessazione completa del male.

Non è accennato alla speciale incolumità che presentano gli epilettici per le malattie intercorrenti e per il processo febbrile siccome comunemente è dato di osservare.

Accettata la distinzione dell'epilessia in *idiopatica* ed in *sintomatica*, l'Huchard aggiunge alle cause che producono sì l'una che l'altra forma e che l'Axenfeld ha esposto nel suo trattato, quelle di più recente osservazione e che sono accennate da Brown-Séquard, da Lande, da Billroth e Schäffer, da Bernhardt, da Briand, ecc. — Distingue una forma di epilessia vaso-motrice (?), che sarebbe determinata da uno stato di spasmo o di paresi vascolara di natura reflessa e, come forma rara, accenna all'epilessia di origine midollare, la cui possibilità fu rivelata dagli esperimenti di Brown-Séquard, nonchè dei casi di Dumesnil e di Oppler.

Sull'anatomia patologica dell'epilessia poco eravi da aggiungere a quanto si è scritto a josa su tutti i trattati intorno a tale malattia. Huchard tuttavia ricorda che alcuni trovarono negli epilettici una ristrettezza dell'orificio superiore della parte più alta del canale vertebrale, secondaria a lesione di questa parte; altri la ineguaglianza di peso dei due emisferi cerebrali e degli emisferi cerebellari, ed altri ancora una lesione dei corni d'Ammone. Quest'affezione si è trovata infatti assai di frequente negli epilettici, ed è caratterizzata da indurimento sclerotico ed atrofico di uno o di ambedue i corni suddetti, sopravvenuta in seguito ad iperplasia connettivale. Alcuni autori credono che tale alterazione sia costante negli epilettici, ma di natura primitiva o consecutiva. Sommer che la notò in proporzione di 30 casi sopra 100, la riguarda come] primitiva; l'Autore è del parere che sia sempre consecutiva. Di fronte a tali alterazioni egli pone i vizi di conformazione della teca craniense, quali si accennarono da Dumas, da Lumier e da Lasègue, dando soprattutto importanza all'*assimetria fronto-facciale* da quest'ultimo descritta.

Interessantissimo è il capitolo che tratta della *neurostenia* e del *nervosismo* (Bouchut), confuso anche oggigiorno colle malattie del cervello e della midolla spinale. Gli individui che possono essere qualificati per nervosi furono dal Whytt distinti in tre classi: i *nervosi propriamente detti*, gli *isterici* e gli *ipocondriaci*. La neurostenia è una nevrosi generale, caratterizzata da sintomi diversi, quasi sempre di varia sede, di diversa intensità, di breve durata, di decorso continuo o intermittente, senza graduata e regolare evoluzione; ed è rappresentata da un disturbo delle funzioni nervose cerebro-spinali (sensibilità, movimento, intelligenza) e ganglionari (atti della vita organica).

Il nervosismo *acuto* è rarissimo. Sul *cronico* l'Autore si ferma alquanto, enumerandone le moltiformi sembianze. Fra i disordini dell'ap-

parecchio cerebro-spinale sono ricordati la cefalalgia, ora occipitale, ora frontale; le emicranie, il chiodo isterico, le sensazioni di freddo al capo, di vuoto, di pesantezza, di tensione intracranica, di calore al volto; lo stordimento, le vertigini, la perdita del senso dell'equilibrio. Tali sensazioni non sono però da confondersi colle *pseudo-vertigini* a cui si dà anche il nome di *paura degli spazj*, d'*agorafobia*, di *claustrofobia*, d'*astrafobia*, e che si possono pure verificare nello stato nervoso. Notasi pure nella neurastenia la così detta *cerebrastenia* di Beard, per la quale il lavoro intellettuale diventa penoso e l'applicazione sopra dato oggetto si rende impossibile e talora difficile.

Dal lato degli organi dei sensi si notano l'ambliopia, la diplopia, la miodesopsia, relativamente alla visione. Non mancano talora le allucinazione, la fotofobia, i fosfeni, ecc. Relativamente all'udito si può avere: perdita della sua acuità, eccitazione, rumori penosi, percezione dei battiti arteriosi, con perdita del sonno. L'odorato si fa delicato e suscettibile agli odori anche lievi, sicchè non di rade per impressioni sgradevoli si provocano convulsioni, angoscie, emicranie, senso di soffocazione, ecc. Il gusto è pur esso pervertito, ondechè vedonsi taluni ammalati appetire cibi crudi od acidi, altri presentare avversione agli alimenti di ogni fatta ed altri ancora mangiare zucchero, sale; bere aceto e via dicendo.

Tali pervertimenti possono arrivare al grado di allucinazioni della vista, dell'odorato, del gusto e del tatto.

I pervertimenti del tatto sono rappresentati da iperestesie di diversa natura.

L'Autore si fa poi ad enumerare accuratamente i fenomeni che si riferiscono alle diverse funzioni dell'organismo, terminando coll'indicare sommariamente le varie forme che la neurastenia può prendere nei differenti malati. Ora predominano sintomi depressivi, ed allora la neurastenia è di *forma depressiva*; ora si accentuano i fenomeni dolorosi, ed allora la neurastenia è di *forma nevralgica*. Allorchè nella malattia emergono le visceralgie spasmodiche, essa prende il nome di *neurastenia spasmodica*.

Nel breve capitolo dedicato alla *catalessia* l'Huchard ha riferito in breve gli studj di Charcot, accettando senza discussione tutto ciò che questo immaginoso sperimentatore riferisce sulla *catalessia provocata*, sulla *letargia*, sul *sonnambulismo* e via dicendo.

Ed eccosi all'*isterismo*; l'ultimo argomento trattato nel libro di cui ci occupiamo e sul quale maggiormente sonosi estesi i due scrittori che vi hanno posto mano.

Anche per questo argomento sono posti a larga contribuzione i lavori di Charcot e del suo allievo P. Richter; quegli che in un recente lavoro sull'istero-epilessia raccolse gran copia degli studj fatti in proposito dal proprio maestro.

Fra i *prodromi dell' accesso* trovansi notati i disturbi psichici, i viscerali, quelli della motilità (debolezza, crampi, tremore, ecc.) e quelli della sensibilità generale e specifica (emianestesia, anestesia, ambliopia, sordità, iperestesie, ecc).

Sotto il nome di *aura isterica* sono riferiti i fenomeni dolorosi che possono immediatamente precedere l'accesso. Il punto di partenza dell'aura suddetta può essere di sede variabile. Charcot appoggiando le osservazioni di Schutzenberger, di Piorry e Négrier, assegna a questi dolori per punto di partenza la regione ovarica. I dolori sono *spontanei* o *provocati*. La pressione sul punto ovarico determina i fenomeni dell' aura isterica, tali quali si presentano spontaneamente all' avvicinarsi della crisi, ed i dolori provocano sull' epigastrio una costrizione penosissima, complicata talora a nausee ed a vomiti, che costituiscono il così detto *primo nodo* dell'aura, secondo Piorry. Continuando la pressione, si provocano delle palpitazioni, un affrettamento del polso e la sensazione del globo isterico (*secondo nodo* dell'aura). Quest'ultima sensazione può localizzarsi alla parte inferiore del collo, o salire fino alla laringe. Sopravvengono poi i disordini cefalici, che non sono che la continuazione dell'aura e sono rappresentati: da fischi intensi nell'orecchio corrispondenti alla parte in cui si esercita la pressione, forte battito delle arterie temporali, punti luminosi e poscia offuscamento di vista nell' occhio della stessa parte, ed a questo punto (*terzo nodo dell'aura*), perdita della coscenza e dell'intelligenza, alternative rapide di pallore e di rossore alla faccia e scoppio dell'accesso.

Oltre all'ovarica si indicano altre zone *isterogene*, e cioè: le apofisi spinose (Willing e Turk), il collo dell'utero (Rosenthal), la regione sternale inferiore (Baillif), la regione ascellare, la mammillare, la sommità della testa, ecc.

Nell' accesso isterico completo l'Autore accetta i quattro periodi annessi da Charcot, vale a dire l'*epilettoide*, il *clonico*, il *periodo delle attitudini passionali* e quello del *delirio*.

Quanto a quest'ultimo, esso può assumere i caratteri della mania con tendenze suicide e ninfomaniache, o presentare un carattere religioso. Durante le convulsioni non è raro veder comparire un delirio simile a quello dell' ebbrezza alcoolica; com' è pur possibile altre volte che il delirio si risvegli anche indipendentemente da ogni accesso convulsivo, nel qual caso si avrebbe il così detto isterismo *larvato*.

Sui fatti di *letargia* e di *sonnambulismo* assai accortamente l' Huchard si ferma ben poco, nella tema di prestare troppa fede a certi fatti che restano tuttora in un ambiente che ha molto del meraviglioso e del sopranaturale ed al quale i prudenti non si accostano che con molta diffidenza Utilissime aggiunte ha fatto nella parte del trattato in cui sono esposti i disordini delle funzioni sensoriali, particolarmente per ciò che si nota dal lato della funzione visiva (*iperestesia*, *allucinazioni*, *anestesia*, *ambliopia*, *discromatopsia*, *acromatopsia*, *diplo-*

*pia*, ecc.), della funzione uditiva e della sensibilità generale (*anestesia*, *emianestesia*, *iperestesia*, *dermatalgia*, ecc.).

Fra i disordini della motilità l'Autore ha specialmente illustrato quelli che si presentano sotto la forma di *contratture*, dandone i caratteri generali, ed enumerandone le sei forme principali che affettano le estremità (l'*emiparaplegica*, la *paraplegica*, l'*incrociata*, la *generale* o *diplegica* e la *periarticolare*). Dopo una breve scorsa sulle *convulsioni* isteriche, ha voluto trattenersi piuttosto a lungo intorno alle *paralisi*, rifacendone la storia e descrivendone le varietà ed i sintomi speciali. Non dice per verità cose nuove, ma nulla ommette di ciò che può maggiormente interessare lo studioso.

Anche i disordini viscerali che si legano all'isterismo sono presi in accurata rassegna, cosicchè rimangono diligentemente studiati prima i fenomeni *gastralgici*, i *vomiti spasmodici*, e l'*anoressia* che si sogliono con tanta frequenza mostrare lungo il decorso della nevrosi in esame; poscia i fenomeni che sono in rapporto coi disturbi della funzione respiratoria (disturbi *laringei*, *spasmo della glottide*, *tosse isterica*, *singhiozzo*, *dispnea*, ecc.) e quelli che si riferiscono alla circolazione (*palpitazioni*, *cardialgia*, *sincopi*, *battiti arteriosi* e *palpitazioni addominali*).

I disordini *vaso-motori* e *secretori*, pur essi frequentissimi, sono studiati distintamente, secondo che interessano la *pelle*, le *mucose* e le *glandole*.

Quelli che si riferiscono alla pelle sono rappresentati da abbassamento di temperatura con formazione della così detta *cutis anserina*, dell'*asfissia locale* o sincope (?) delle estremità, oppure da *iperemie*, *eritemi*, *papule*, *vesciche*, ecc., o anche da infiltrazioni sierose (edema) e da emorragie (*ecchimosi*, *porpora*, *stigmate*, ecc.).

Per riguardo alle mucose è accennato il frequente ricorrere di alcune emorragie da esse provenienti, alle quali si debbono riferire le ematemesi, le emottisi, le menorragie e le ematurie che spesso si notano nell'isterismo.

Fra i disordini secretorj l'Autore ricorda il *ptialismo* e la *cessata secrezione salivare*, i *sudori parziali* e *locali*, la *poliuria* e l'*anuria*.

Gli argomenti che trattano della nutrizione, della calorificazione e dei disturbi delle funzioni genitali nelle isteriche sono di poco momento e meritano appena di essere ricordati.

Quanto alle complicazioni che s'incontrano nell'isterismo, l'Autore particolarmente accenna all'*epilessia*, siccome quella che può preesistere alla nevrosi in questione e che può anche manifestarsi contemporaneamente a questa, o solo dopo qualche tempo associarsi alla medesima. Le due nevrosi possono poi formare un accesso misto, avente ad un tempo i caratteri dell'isterismo e dell'epilessia (istero-epilessia) con prevalenza talora dei fenomeni epilettici, come ha dimostrato Billod. Fra le altre malattie complicanti che alterano il decorso dell'i-

sterismo si fa menzione della febbre tifoide, delle affezioni infiammatorie, dei traumatismi, del reumatismo, della sifilide, della scrofola e via dicendo.

Si dà egli un *isterismo maschile?* A ciò risponde l'Autore con queste parole che traduciamo alla lettera.

« L'isterismo nell'uomo è stato messo in dubbio da moltissimi au-
« tori, Louyer-Villermay, Dubois (d'Amiens), H. Landouzy, Monneret
« e Fleury, ecc. i quali ponevano la sede della nevrosi nell'utero. Tut-
« tavolta Ch. Lepois, che ha contribuito altre volte a dissipare in gran
« parte questo errore, aveva detto esplicitamente: *Hysterica sympto-*
« *mata omnia viris cum mulieribus sunt communia;* e fra gli autori
« antichi, lo stesso Galeno, Raulin, Pomme, ecc., avevano ammesso la
« possibilità dell'isterismo nell'uomo. Oggi tale questione non am-
« mette più dubbj ed in una tesi recente, M. Klein ha riferito 80
« casi di quest'affezione. Ad ogni modo non deve essere taciuto che
« l'isterismo nell'uomo è molto meno frequente che nella donna (venti
« volte meno, secondo Briquet) e che in un gran numero di casi gli
« uomini che ne sono affetti presentano realmente in dato grado gli
« attributi femminili; cioè: scarsa barba, voce debole, acuta e dolce,
« pelle fina, colorito pallido, deficiente sviluppo dei genitali, occhi umidi
« e splendenti, ecc.

« L'isterismo nell'uomo può presentarsi sotto le stesse forme che si
« presentano nella donna e cioè: coi grandi accessi, cogli spasmi vi-
« scerali, col sonnambulismo, col delirio demonomaniaco, colla catales-
« sia, ecc. Però le manifestazioni convulsive sono ordinariamente meno
« spiegate che nella donna e gli accessi sono meno completi, compren-
« dendo rarissimamente i quattro periodi interi. Qualche volta il per-
« durare di un sintoma per un tempo molto lungo, ad esempio la emiane-
« stesia, può far pensare, come nel caso riferito da Landouzy, ad un tu-
« more tubercolare comprimente la parte posteriore della capsula in-
« terna, quando, dopo un tempo più o meno lungo, l'insorgere di un
« accesso apertamente isterico rischiara la diagnosi. In questi malati
« la compressione del testicolo ha potuto arrestare le crisi (Foet, Drey-
« fus); ma in altri basta semplicemente, secondo Butignot ed Aussil-
« loux, applicare delle compressa fredde sulle parti sensibili, sul basso
« ventre o sulla parte superiore delle coscie, o anche sulla regione
« mammaria.

« Che la ragione della più grande frequenza dell'isterismo della donna
« non stia nella sola presenza dell'utero è provato dal fatto che si os-
« serva l'isterismo anche nelle donne private di quest'organo. »

Forse le ragioni addotte dall'Autore per sostenere la sua tesi non sono delle più efficaci, ma con tutto questo noi non siamo disposti a dargli torto, avendo motivi fondati per credere che la nevrosi suddetta possa veramente colpire in determinate circostanze anche il sesso maschile.

Dove non si può convenire coll' Huchard è nei legami che egli troverebbe fra l'isterismo e la sua pretesa *diatesi artritica*, in quanto egli spiega su tale riguardo un concetto patologico che i moderni non possono assolutamente accettare.

Il diagnostico differenziale fra l'isterismo e l'epilessia non è difficile che in rare circostanze. Nei casi in cui le due nevrosi trovansi combinate e si presentano accessi separati è bene conoscere quali caratteri sono da attribuirsi all'accesso epilettico e quali all'isterico. Il quadro seguente del Bourneville, secondo l'Autore, dovrebbe servire a fare agevolmente la distinzione fra i due accessi di diversa natura.

| *Accesso epilettico-isterico* (Hysteria major). | *Accesso di epilessia.* |
| --- | --- |
| Mancanza d'aura. | Mancanza d'aura (?). |
| Grida ripetute, prolungate in principio e durante il periodo clonico. Rara mancanza di grida. | Un grido soffocato in principio soltanto. |
| Rigidità generale: atteggiamento variabile degli arti; disposizione in croce. | Rigidità generale; atteggiamento invariabile. |
| Movimenti clonici estesissimi, variabilissimi; projezione del torace, del bacino, attorcigliamenti, ecc. | Alcune scosse cloniche, limitate ed affatto temporarie. |
| Timpanismo. | Mancanza del timpanismo. |
| La compressione ovarica sospende l'accesso. | È senza azione sull'accesso. |
| Ritorno rapido della conoscenza. | Sonno profondo e prolungato, stupore consecutivo. |
| Delirio. Canti. | Delirio violento. |
| Accessi per serie della durata di 4 a 5 ore. | Accessi isolati. |

Nella parte in cui è esposto la *cura* dell' isterismo, l'Autore si è diffuso alquanto sulla profilassi della malattia, riassumendola nella frase seguente: *favorire lo sviluppo fisico alle spese dello sviluppo morale ed intellettuale.* L'influenza esercitata dal matrimonio sulle donne isteriche l'Autore è del parere che possa essere in molti casi, se non in tutti, apportatrice di vantaggi, quando però non si abusi dei piaceri sessuali, nel qual caso la malattia può peggiorare, come si nota nelle prostitute.

L'Autore ricorda altresì i beneficj della cura *morale*, narrando episodj che dimostrano quanto possa l'influenza del medico sull'immaginazione dei soggetti colpiti dalla suddetta nevrosi.

Fra i mezzi farmaceutici preconizza, oltre ai rimedj suggeriti da

Axenfeld, le injezioni ipodermiche di morfina, il bromuro di potassio, di sodio e di ammonio e, con qualche restrizione, la cura balnearia. Proscrive assolutamente (e forse con troppo rigore) l' aria di mare e particolarmente i bagni di mare.

Dei diversi mezzi suggeriti per combattere l'accesso isterico (injezioni di morfina, inalazioni di cloroformio, di etere, di nitrito d'amile, di bromuro di etile, ecc.) il più efficace per l'Autore è quello della *compressione ovarica*, suggerita da Charcot ad imitazione di quanto si fece già, con mezzi grossolani, da Mercado e Monard, da Willis, da Boerhaave, da Récamier, da Négrier, ecc. Descrive il processo di Charcot, e ricorda i compressori ovarici di Poirier, di Ballet e di Feré, che hanno lo scopo di esercitare una compressione di lunga durata sulla regione addominale. Nell'isterismo maschile si possono ottenere buoni risultati dalla compressione del testicolo destro o sinistro, secondo i casi.

Il libro finisce con una diligente rassegna delle risultanze terapeutiche e fisiologiche che sono date dai tre modi di medicatura che ai nostri giorni formano la base della terapia dell' isterismo e cioè: la *metalloterapia*, l'*elettricità* e l'*idroterapia*. A. Ragghi.

---

Veillard Albert. — **De la Phlegmatia alba dolens dans la Fièvre typhoïde.** Thèse pour le Doctorat en Médecine. Paris 1881.

Il diligente lavoro è diviso in quattro parti:

1.ª Storia della questione.

2.ª Frequenza ed eziologia della flegmasia alba dolens nella febbre tifoide.

3.ª Esposizione di osservazioni inedite; studio delle localizzazioni diverse di questa affezione.

4.ª Pronostico e cura della flegmasia; inoltre qualche cenno sull'embolia polmonare nella febbre tifoide.

I. Parte.

*Istoria.* — Trousseau nel 1846 disse che uno degli accidenti che complicano la tifoide è la flegmasia alba dolens, la quale per altro succede di rado: anche si osserva nella tisi ed è legata ad un' inflammazione con obliterazione delle vene del membro che invade (1). Quindi prima

(1) « Bulletin de Thérapeutique. » A. 1846. — « Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu », 5.ª édition. T. I, p. 363.

era considerata un'affezione generale alle donne in istato di puerperio; poi la si notò anche in ambedue i sessi nella tubercolosi, nel cancro e nelle febbri adinamiche ed il Bouchut nel 1845 aveva già citato un caso di flegmasia durante la convalescenza d'una tifoide (1). Altri ne citarono poi Magnus Huss, Griesinger, Leudet (2), Gigon (3), Sorbets (4).

## II. Parte.

*Frequenza.* — Alcuni la considerano come un epifenomeno assai raro della tifoide, altri frequente; Leudet trovò un caso di flegmasia alba dolens sopra 254 casi di tifoide; secondo Betke la media sarebbe di 1.7 sopra 100 (5).

*Eziologia.* — I fanciulli ed i vecchi vanno soggetti ben di rado alla flegmasia alba dolens e però essa appare maggiormente nell'età più propizia alla tifoide, ossia dai 15 ai 40 anni.

Dai lavori del dott. Duguyot risulterebbe che la tifoide complicata dallo stato puerperale non sembra predisporre la donna alla flegmasia alba dolens. Dunque tutti due i sessi sono egualmente esposti a questo accidente nella tifoide.

*Condizioni generali eziologiche della flegmasia:*

1.° Talora si ha in casi benigni ed allora non si può prevedere.

2.° Talora invece il malato ebbe febbre adinamica di lunga durata; la convalescenza fu difficile ed interrotta di continuo da accidenti d'ogni sorta.

3.° Può avere per punto di partenza un'escara a livello del sacro o del gran trocantere.

4.° In fine si segnalano le trombosi venose che pajono essere consecutive alle obliterazioni arteriose e che possono talora produrre accidenti di gangrena umida.

Duguet, Patry ed altri citano casi di cancrena secca ed umida ad un tempo in un sol arto per coaguli nell'arteria e vena principali dell'arto stesso.

---

(1) « Mémoire sur la coagulation du sang veineux dans les cachexies et dans les maladies chroniques. » 1.° Observation. (« Gazette médicale de Paris », 1845).

(2) « Recherches anatomiques et cliniques sur les hydropisies consécutives à la fièvre typhoïde », 1.° Obs. (« Archives génér. de Médec. » 1858, XII, 410).

(3) « Note sur le sphacèle et la gangrène spontanée dans la fièvre typhoïde. » Trois Observations de phlegmatia alba dolens simple sans gangrène. — (« Union médicale », 1861, T. XI).

(4) « Phlegmatia alba dolens survenant dans deux cas de fièvre typhoïde. » (« Gazette des Hôpitaux. » A. 1861, p. 447).

(5) « Die Complicationen des Abdominaltyphus. » — (« Deutsche Klinik », 1870, N. 42, f. f.).

## III. Parte.

*Osservazioni.* — Perchè vi sia la flegmasia alba dolens bisogna che la trombosi venosa ecciti una flebite locale e l'obliterazione della vena. L'infiammazione è dimostrata non solo dai fenomeni locali di flogosi che si osservano durante la vita, ma anche dall'esame anatomo-patologico che dimostra una endoflebite vegetante della tunica interna.

L'obliterazione della vena si manifesta coll'edema e colla dilatazione delle vene superficiali.

La flegmasia alba dolens in genere presenta i seguenti caratteri: edema, dolore, dilatazione delle vene superficiali, alterazione di temperatura locale, ecc.

Osservazione 1.ª — *Febbre tifoide seguita da flegmasia alba dolens nell'arto inferiore destro* (Damaschino).

Un giovane robusto di 22 anni, entrò nell'Ospitale il 13 dicembre 1880; è ammalato da circa 15 giorni; accusa cefalalgia, ronzio alle orecchie, perdita dell'appetito, nausea, forte diarrea e febbre.

14 Novembre. La faccia è stupida e dinota prostrazione profonda; passò la notte agitata con sub-delirio; ha pelle calda, polso pieno, frequente, disturbi digestivi, lingua secca, arrossata ne'margini e nella punta, ventre rigonfio, doloroso alla pressione, macchie rosee sull' addome e sul torace, diarrea persistente; ha tosse, ed all' ascoltazione si sentono nei due polmoni rantoli sibilanti e russanti abbondantissimi.

Niente d'anormale al cuore. Temperatura 39°.6-39°.7.

Nei giorni successivi gli stessi sintomi più spiccati.

11 Novembre. Si nota la presenza di pustole d' ectima nell' inguine destro e sul basso ventre.

24 Novembre. Miglioramento sensibile. — Temperatura normale.

8 Dicembre. Temperatura 38° ; accusa un po'di dolore alla fossa iliaca destra, e dopo qualche giorno sente dolori ottusi alla gamba destra massime nel polpaccio e nella coscia lungo il tragitto della vena femorale, ma non si rileva altro che un leggier rigonfiamento nella radice dell'arto senza edema notevole, e leggiera dilatazione delle vene superficiali.

11 Dicembre. La tumefazione dell'arto è aumentata, persiste il dolore e si nota un certo grado di contrattura dei gemelli dello stesso arto. Dopo 4 dì, pur continuando il dolore, la tumefazione della coscia è diminuita e verso il 25 dicembre le funzioni dell'arto sono pienamente ristabilite e l'ammalato abbandona l'Ospitale.

Osservazione 2.ª — *Febbre tifoide seguita da edema doloroso limitato alla gamba destra* (Girou).

Un uomo di 31 anni, è ammalato da circa quattro settimane per febbre tifoide. Cessata la diarrea ed i dolori addominali esso si lagnava di dolori nell'arto inferiore destro, massime nel cavo popliteo quando era coricato, entro il polpaccio e nella parte inferiore stando in piedi o

camminando. Nel cavo popliteo si sentiva un cordone duro, doloroso, lungo il tragitto dei vasi. Nessuna varicosità superficiale nella gamba, tranne verso la parte esterna del ginocchio ove le vene erano più appariscenti; la gamba era un po' edematosa, la pelle di tinta rosea che scompariva con la pressione; nulla di anormale nella coscia. In pochi giorni l'ammalato migliorò di molto ed abbandonò l'Ospitale.

Osservazione 3.ª — *Febbre tifoide seguita da flegmasia alba dolens nell'arto inferiore destro.* (Osserv. dell'Autore).

Una giovane di 19 anni, entra nell'Ospitale il 27 dicembre 1880 ammalata di febbre tifoide. Dopo dieci o dodici giorni era molto migliorata, quando il giorno 10 del successivo gennajo la temperatura risalì a 39° improvvisamente e senza causa nota. Il 14 si nota che l'arto inferiore destro è più voluminoso del sinistro e presenta un lieve rossore diffuso, che scompare alla pressione, su tutta la sua estensione. Alla pressione accusa dolore alla piega inguinale, al cavo popliteo ed al polpaccio della gamba; nessuna dilatazione delle vene superficiali; la temperatura dell'arto è aumentata; la malata è sofferente. — Temperatura 38°-39°.

Scorsi due giorni la dilatazione delle vene superficiali si fa molto più appariscente, continuano i dolori vivi lungo il tragitto della vena femorale destra, però non vi ha chiara sensazione di un cordone venoso. Temperatura 38°-39°; ciò nondimeno non vi ha recidiva della febbre tifoide.

23 Gennajo. Temp. 39°.2-39°.4. L'arto destro è ancora più voluminoso del sinistro e le vene superficiali spiccano azzurrognole, massime nella gamba, sul color roseo generale dell' arto; palpando si sente nel triangolo di Scarpa il pacchetto vascolo-nervoso un po'resistente.

I dolori spontanei si sono un po'calmati.

Nei giorni successivi il paziente andò sempre migliorando e scomparvero anche i fenomeni della flegmasia alba dolens nell'arto stesso.

In queste tre osservazioni adunque la flegmasia alba dolens avvenne sempre in modo repentino durante la convalescenza e in due casi fu accompagnata da febbre, ma senza recidiva della tifoide. La pelle del membro gonfio per edema non presentava punto la tinta abituale biancosmunta, bensì un lieve rossore che scompariva alla pressione. In tutti e tre ebbe sede nell' arto inferiore destro e questo appoggerebbe la teoria che spiega la flebite colla diffusione del processo infiammatorio dall' intestino tenue situato nella fossa iliaca destra; ma ciò non vale nel 2.° caso ove la trombosi era nel cavo popliteo: inoltre vedremo come talora la trombosi si osserva nelle giugulari, ascellari, ecc.

Conclusioni delle tre osservazioni:

1.° Si può avere la flegmasia alba dolens nei primi giorni della convalescenza in casi di tifoide non gravi.

2.° L'edema doloroso eccita in questi casi una reazione dell'econo-

mia molto più intensa che nelle altre condizioni (tubercolosi, cancro, ecc.).

3.° Si accompagna talora a lieve rossore esteso a tutta la superficie del membro edematoso.

4.° Il suo pronostico è benigno.

Osservazione 4.ª — *Febbre tifoide seguita da flegmasia alba dolens nei due arti inferiori — Recidiva senza ritorno della flegmasia — Guarigione* (Duguet).

Una giovane di 26 anni, ben fatta, entra nell'Ospitale il primo settembre 1879: è malata da circa 15 giorni ed ha tutti i sintomi di una tifoide nel 2.° settenario; dopo circa altri 15 giorni entra in convalescenza. Verso il 18 accusa qualche dolore vago negli arti superiori, ma non vi è gonfiezza; tre giorni dopo non può più muovere le gambe; gli arti inferiori sono tumidi, la pelle è calda con tinta sbiadita particolare; si sente il cordone della vena crurale obliterato duro e doloroso; il polpaccio è doloroso alla pressione. — Verso il 25 la tumefazione ed il dolore diminuiscono; nondimeno il cordone venoso si sente ancora bene; presto gli arti riprendono il movimento completo. — Il 17 ottobre la malata è presa di nuovo dalla febbre coi sintomi della tifoide: ne è una recidiva.

La malata accusa dolori violenti all'orecchio destro da cui scola del pus. Verso il 21 diminuisce la febbre, la paziente migliora sempre più ed in breve è guarita interamente.

Qui dunque la flegmasia avvenne dopo il primo attacco della tifoide e non ritornò dopo la sua recidiva.

Il dott. Chouppe cita un caso di tifoide con doppia recidiva complicata da flegmasia dopo il terzo attacco di tifoide.

Osservazione 5.ª — *Febbre tifoide adinamica — Mughetto — Flegmasia alba dolens dell'arto inferiore sinistro — Guarigione* (Duguet).

Un uomo di 37 anni, entra l'ultimo dì del gennajo 1880 nell'Ospitale; è malato da circa 12 giorni con tutti i sintomi della febbre tifoide adinamica; di poi presentò anche larghe chiazze di mughetto in bocca. Il 16 febbrajo ha dolore nel polpaccio sinistro, il quale è più grosso e più caldo del destro. Alla pressione il dolore esacerba e si nota una resistenza anomala. Temperatura del polpaccio sinistro di 35°, quella del destro di 34°. Il 19 la safena esterna sembra la sede d'una coagulazione e il dolore rimonta nella coscia lungo il tragitto dei vasi femorali. Il 24 diminuì la gonfiezza e il dolore; a poco a poco scomparve anche il cordone venoso e verso la fine di marzo la paziente è completamente ristabilita.

Osservazione 6.ª — *Febbre tifoide adinamica — Escare — Mughetto — Flegmasia alba dolens — Guarigione* (Variot).

Un giovane di 22 anni entrò nell'Ospitale il 14 gennajo 1881 malato da circa 15 giorni per febbre tifoide adinamica; inoltre ha tosse forte con isputi di color bruno ed espettorazione abbondante; alla base dei

due polmoni si ascoltano rantoli sonori, russanti e qualche rantolo sottocrepitante.

Dopo 2 giorni (16 gennajo) si lagna di dolori nella natica sinistra ove si notano due chiazze rosse separate fra loro da un tratto di cute sana. La pressione riesce dolorosa, la pelle è calda, il rossore scompare alla pressione. Temperatura 39°-40°. La dimani le chiazze hanno preso un color violaceo intenso e sono insensibili. Più tardi (18 gennajo) l'ammalato è preso da un accesso di freddo intenso con brividi; l'epidermide sulle macchie si distacca, e successivamente (22) intorno ad esse cominciano a formarsi le escare. La temperatura diminuì alquanto: 37°-38°. Il dì 27 alla parte media del polmone destro si sente un soffio: il giorno appresso 28 la temperatura si abbassava a 37°,5 e lo stato generale migliorava; continuando tuttavia il soffio al polmone destro, sussegue (30) un edema considerevole dei due arti inferiori, maggiore a sinistra. Le escare sono esulcerate, la soluzione di continuo pare assai profonda; le gambe si fanno dolorose alla pressione; orine senza traccia di albumina. Temperatura 37°-38°. Sputi striati di sangue e tosse frequente il 2 febbrajo; e il 4 appare il mughetto in bocca; le piaghe hanno bell'aspetto. Temperatura normale. Il 12 considerevole gonfiezza dell'arto inferiore sinistro, massime nella regione dell'inguine; le vene superficiali sono dilatate; la pressione è dolorosa nella fossa iliaca sinistra e lungo il tragitto della vena femorale; la pelle è bianco-sbiadita. L'arto inferiore destro è molto meno tumefatto del sinistro, non è doloroso; nessuna dilatazione delle vene; tuttavia il piede destro presenta un edema assai manifesto. Fenomeni di congestione polmonare sempre gravi. Alla metà del mese lo stato generale è migliorato; tuttavia la tosse e gli sputi striati di sangue continuano. L'arto destro è gonfio ad eccezione del piede; il sinistro è ancora tumido e doloroso. — Il dì 19 si lagna di dolori vivi nella gamba destra; la sinistra è sensibilmente diminuita di volume. Nella prima settimana del mese successivo si ha ancora un po'di dolore nella gamba destra. Verso la fine di marzo il paziente è del tutto ristabilito.

Qui dunque la flegmasia si circoscrisse prima nell'arto inferiore sinistro e poi quando diminuirono i sintomi dell'edema a destra, si ebbe dispnea e sputi sanguinolenti. Sembra quindi che i coaguli formatisi nell'iliaca primitiva ed esterna destra si siano sbriciolati e lanciati nel circolo abbiano dato origine ad una polmonite embolica secondaria. Di più è degno di nota in questa osservazione la tinta bianco-sbiadita dell'arto edematoso.

Riguardo la patogenia della flegmasia alba dolens, noi diciamo solo che essa è lungi d'essere pienamente chiarita (1).

---

(1) Vedi la tesi Dupeyron. « Des thrombes veineux dans la fièvre typhoïde. » Paris 1867.

*Sede della flegmasia alba dolens nella tifoide.* — Questa complicazione della tifoide fu avvertita in quasi tutte le regioni dell'organismo, ma in ispecie negli arti inferiori. I coaguli venosi che ne sono la causa prima si formano di solito nelle crurali.

Osservazione 7.ª — *Febbre tifoide con trombosi della vena innominata sinistra* (Thomas Cole).

Una giovane di 15 anni è ammalata di tifoide grave. I sintomi dell'obliterazione della vena innominata cominciarono a manifestarsi in principio della convalescenza, cioè circa due mesi dopo dalla data della malattia, in questo modo: la tosse divenne penosa, le gote si fecero livide massime sotto la tosse e si ebbe distensione considerevole delle due giugulari esterne; di più a sinistra vi era anche ingrossamento dei ganglii linfatici sul margine anteriore dello sterno-cleido-mastoideo con rossore della cute e dolore. Dopo qualche giorno si notò anche edema a tutto il braccio sinistro, tosse frequente, deliquii, dilatazione delle vene del petto, poi anche edema alle gambe; la parte superiore sinistra dello sterno dà un po' d'ottusità. — In fine sopravviene anche edema sottocutaneo dell'addome e del dorso e dopo circa tre mesi di malattia la paziente soccombette.

All'autopsia si trovò la vena innominata sinistra riempita da un trombo le cui diramazioni si estendevano nelle giugulari esterne e nelle succlavie. Il coagulo era giallastro, di forma piramidale aderente alla parete interna. Vicino alla terminazione della vena tifoidea inferiore nell'innominata vi erano due o tre sporgenze dell'aspetto di valvole donde prendeva origine il coagulo piramidale. Le altre embolie potrebbero spiegarsi con distacchi di parti di questo coagulo. La compressione fatta dalle vene sul nervo frenico o sul vago spiegherebbe la tosse spasmodica e i deliquii (1).

*Trombosi delle vene spermatiche.* — Il dott. Widal ne comunicò tre casi susseguiti nella convalescenza della tifoide e in cui vi era gonfiamento doloroso del testicolo e dello scroto; ma essendo guariti non si può dir nulla di sicuro sull'eziologia di queste orchiti e sull'edema dello scroto (2).

Se riuniamo tutti i fatti di flegmasia alba dolens complicanti la febbre tifoide fino ad ora pubblicati, troviamo che l'edema siede nella maggior parte dei casi negli arti inferiori, ed in ispecie nel sinistro (sopra 71 casi: 43 nel sinistro, 13 nel destro).

## IV. Parte.

*Embolia polmonare nella tifoide.* — Tra le complicazioni della flegmasia alba dolens, si notò l'embolia cardiaca e polmonare.

(1) « Medical Times and Gazette », 1877, I, 5.
(2) « France médicale. » Anno 1877, N. 61.

Noi pensiamo che l'embolia debba considerarsi come una complicazione della trombosi venosa stessa e non della flegmasia, la quale pure è un accidente possibile della trombosi. Questa distinzione importa clinicamente perchè si vedono individui morire rapidamente di embolia polmonare quando non si supponeva fosservi de' coaguli venosi.

Osservazione 8.ª — *Morte rapida nella convalescenza d'una tifoide; coaguli antichi nell'arteria polmonare; trombosi della vena iliaca sinistra* (Virchow).

Un giovane di 24 anni ammalò di tifoide grave. Era già di molto migliorato, quando una notte tutto d'un tratto è preso da movimenti convulsivi in un braccio e muore in pochi minuti. All'autopsia si trovò un coagulo, a strati concentrici, nel ramo principale dell'arteria polmonare che mette al lobo inferiore del polmone destro; questo coagulo non aderiva al vaso. Polmoni congestionati. Nella vena iliaca destra vi era un coagulo appiattito aderente alla parate interna, la sinistra era riempita da un turacciolo fibrinoso sotto forma d'un coagulo recente. In questo caso non si notò alcun fenomeno di flegmasia alba dolens. Simili casi sono citati da Lemattre (1), Tambareau (2), Chouppe (3): questi due ultimi sono notabili anche per ciò che ebbero buon esito.

*Pronostico.* — Dalle osservazioni dell'Autore e da quelle di Magnus Huss, Betke, Murchison, ecc., risulta che la flegmasia alba dolens per sè non è punto grave, e che si deve basare il pronostico sullo stato generale del malato.

*Conclusioni.* — 1.° La flegmasia alba dolens è una complicazione rara della tifoide.

2.° Colpisce ugualmente ambedue i sessi.

3.° Fu osservata da lungo tempo nel corso e nella convalescenza delle tifoidi gravi e può avere per origine un'escara.

4.° Può avvenire nella convalescenza di tifoidi non gravi in giovani robusti.

5.° In questi casi la pelle conserva il suo colore naturale, in alcuni prende un color leggermente roseo, mai la tinta bianco-sbiadita dell'edema doloroso.

6.° Talora è accompagnata da febbre elevata.

7.° Il pronostico non ne è punto grave.

8.° La trombosi, nella febbre tifoide, fu osservata in quasi tutte le vene dell'organismo.

---

(1) Griesinger. « Traité des maladies infectieuses. » Paris 1868. Note pagina 388.

(2) Tambareau. « De la pathogénie de la mort subite dans la fièvre typhoïde. » Paris 1877. Thèse. Obs. X.

(3) « Gazette médicale de Paris », 1877.

**Sega a forbice. — Nuovo istrumento inventato dal dottor Alessandro Ceccarelli per la resezione delle ossa lunghe.** — Cenno descrittivo del dott. Francesco Topai. (Memoria in 4.° di pag. 12, con tre tavole e 12 figure. — Roma-Torino-Firenze presso Ermanno Loescher, 1882).

A chiunque abbia fatto qualche resezione sarà occorso nell'adoperare le tanaglie incisive di imprimervi un movimento di altalena, affinchè i margini taglienti, oltrecchè per pressione, abbiano ad agire per scivolamento; e ciò anche per renderne meno contundente l'azione e riescire con maggiore facilità nell'intento. Ma a nessuno venne mai in mente di rendere dentati quei margini, e per sovrappiù di rendere adunche quelle lame come lo svettatojo dei giardinieri, onde abbiano ad abbracciare il cilindro osseo.

Ora tutte queste cose faceva ingegnosamente il dott. Ceccarelli immaginando e mettendo in opera lo speciale strumento cui dava nome di *Sega a forbice.*

Debitamente applicato ch'esso sia, ed incominciata col movimento che gli s'imprime la segatura dell'osso, le sue lame dentate, per l'azione di una molla che ne tiene divaricati i manichi restano applicate all'ossatura avanzando sempre nel solco che vanno scavando; e poichè si sovrappongono compiono la segatura senza incontrare gli ostacoli inerenti all'uso della sega a catena.

Le figure, che vanno unite alla Memoria, danno una idea precisa dello strumento e del suo modo di agire, ciò che difficilmente sarebbe compreso con la sola descrizione. L'esperienza giudicherà pienamente del merito della *sega a forbice*, pel quale già tanto promette il nome dell'inventore.

Prof. A. Scarenzio.

---

# VARIETÀ

## Opere presentate alla Direzione degli *Annali Universali di Medicina*.

*Balardini Lodovico.* « Relazione sulle cause della pellagra e sui mezzi per prevenirla possibilmente e curarla. » Brescia, Apollonio, 1882.

(Nell'ultima pagina v'è un prospetto di Giorgio Tosana della composizione chimica di alcuni campioni di grano turco raccolti nella provincia di Brescia nell'anno 1880).

*Balardini Lodovico.* « La pellagra. Istruzione ai contadini. » Brescia 1882. Apollonio.

*Becker C.* « Ein Verfahren zum Kochen von Speisen mittelst Waper-oder Dampfbades unter Anwendung entsprechender Temperaturen speciell für Armee-und Volkverpflegung. » (System C. Becker et J. Reunert), p. 16 con tavola.

*Blache R., Houlès A.* e *Le Coin* (Relatori). « Public. de la Soc. française d'Hygiène. — Hygiène et éducation physique de la deuxième enfance (période de 2 a 6 ans). » Paris 1882.

*Blackwell F. M. D.* « L'educazione morale della gioventù considerata nei suoi rapporti col sesso. » Versione dall'inglese (fatta da Giorgina Saffi). Rimini, Albertini e Comp., 1882, p. 140.

*Bonaccorsi Giuseppe.* « Esperienze sull'antagonismo tra l'oppio e la nicotina. » — « Archivio Medico-Italiano », 1882. Napoli, Vallardi 1882, p. 24.

*Buccola Gabriele.* « La Memoria organica nel meccanismo della scrittura. » Ricerche sperimentali. « Rivista di Filosofia Scientifica. » Torino, Dumolard, 1882.

*Caselli Azzio.* « Lezione di chiusura del corso di Clinica Chirurgica e patologia speciale dimostrativa nella R. Università di Genova. » — « La Salute, Italia Medica. » Genova, Tip. Sordo-Muti, 1882, p. 22.

*Cervello Vincenzo.* « Laboratorio di Farmacologia Sperimentale di Strasburgo. » Sull'azione fisiologica della paraldeide e contributo allo studio del cloralio idrato. « Arch. per le Scienze Mediche. » Vol. VI, N. 12.

*Chapman Henry.* « Communication sur les filtres mécaniques du systéme Farquhart. » Traduction de M. Henri Vaslin. « Extrait de la Chronique du Bulletin de la Société des Ingénieurs civils », mars 1881, Paris.

« Comité international de la Croix rouge. » (Genève).

« Ouverture d'un concours sur l'art d'improviser des moyens de secours pour blessés et malades. » Genève, B. Souillier, 1881.

« Comune di Milano. » Bollettino necrologico mensile, mese di giugno. Anno 1882.

« Comune di Venezia. » Studj e proposte per la sistemazione del servizio sanitario e dei soccorsi medici a domicilio nella Città di Venezia. Pag. 384, CCCIV. Venezia, Antonelli, 1882, 4.°

Congrès. Quatrième-international d'Hygiène a Genève du 4 au 9, septembre 1882.

1.° Circulaire du Comité d'Organisation.

2.° Programme.

3.° Membres du Congrès, 2.° liste jusqu'au 6 septembre, au soir (nella quale è compresa anche la prima lista).

4.° Séance d'ouverture, 4 septembre à 2 heures après midi. (È annesso in foglio separato il discorso del prof. Alfonso Corradi, presidente onorario e Rappresentante del Governo italiano). 5 opusc. impressi da Charles Schuchardt. Genève 1882.

*Corona Augusto.* « Elogio di Luigi Rolando. » Discorso pronunciato nell'Aula magna della R. Università di Sassari il 20 aprile 1882 nella dedicazione di una lapide a quell'illustre scienziato. Modena 1882. G. Z. Vincenzi e Nipoti, p. 47, 8.°

*Cortezo Carlos Maria y Francisco Mendez Alvaro.* « Discursos pronunciados en la solemne inauguracion de la Sociedad Española de Higiene celebrada el dia 23 de abril de 1882, etc. Madrid, Enrique Teodoro, 1882.

*Darier A.* « Nouveau respirateur présenté au Congrès international d'Hygiène. » Genève 1882. Imprim. de la « Tribune. »

*De Ferrari A.* « Istituto Ostetrico-Ginecologico della R. Università di Genova. » (Prof. F. Macari). « Follia puerperale. » Nota. « La Salute Italia Medica. » Genova, Tip. Sordo-Muti, 1882.

*De Sanctis T. Livio.* « Resoconto delle adunanze e dei lavori della Reale Accademia Medico-Chirurgica di Napoli », Tomo XXXVI, fascicolo II. Aprile, maggio e giugno 1882.

*Dubrisay.* « Rapport sur le salicylage des substances alimentaires. » Agosto 1882.

*Engel-Dollfus Fréd.* « Congrès intern. d'Hygiène a Genève. » Septembre 1882. — « Exposition des plans du dispensaire pour enfants malades de Mulhouse (Alsace) construit sous la direction de M. Paul Blondel, architecte à Paris. » Mulhouse, Bader, 1882.

« Estatutos de la Sociedad Española de Higiene, aprobados por real orden de 12 de setiembre de 1881. » Madrid, Enrique Teodoro, 1881.

« Évian-Les-Bains. » Station thermale. (Haute-Savoie).

« Exposition internationale d'Hygiène a Genève 1882. » Catalogue des objets exposés. Genève, Schuchardt, 1882.

*Felix J.* « Quatrième Congrès intern. d'Hygiène a Genève. » Septembre 1882. — « Sur la prophylaxie de la pellagre. » Rapport. Genève, imprim. de la « Tribune », 1882.

*Fiorani Giuseppe.* « Sullo stiramento dei nervi. » Contribuzione. Milano, Rechiedei, 1882. « Gazz. Med. Ital. Lombardia. »

*Foville A.* « Des dispensaires pour enfants malades. » Paris, J. B. Baillière et fils, 1882.

*Fratini Fortunato.* « Corso di lezioni popolari d' Igiene e medicina pratica. » Feltre, Tip. editr. Panfilo Castaldi di G. Marsura in Feltre, fasc. 1.° e 2.°, p. 160, 8.° 1882.

*Gatary Louis.* « Sur la nécessité d'une convention hygiénique internationale. » Proposition faite au Congrès international d'Hygiène à Genève. Genève, imprim. de la « Tribune », 1882.

« Geschäftsbericht der Stadtschulpflege von Zürich im Schuljahr », 1881-82. Zürich, J. J. Ubrich, 1882.

*Godefroy.* « Communication faite aux membres du Congrès international d'Hygiène de Genève. » (Su un nuovo sistema di riscaldamento). Versailles, Cerf et fils.

*Gosetti F.* « Comune di Venezia. » Riforma dell'Ufficio Sanitario Municipale e del servizio medico di Circondario. Relazione. Venezia, 1882, Antonelli, p. 22, 4.°

*Guaita R.* « La difterite. » Sua storia, eziologia, terapia ed igiene. — « Lo Sperimentale, » Vol. XLIX e L. Firenze, tip. Cenniniana, 1882.

*Guttstadt A.* « Die Gebrechlichen in der Bevölkerung Preussens am 1 december 1880. »

*Johnson George.* « The Harveian Oration delivered at the Royal College of Physicians. » Journ. 24, 1882. London, Smith, Elder et Co., 1882, p. 64, 8.°

*Landowski E.* « Association française pour l'avancement des sciences. » Congrès d'Alger, 1881. — « Topographie médicale Algérienne. » — « Extr. des Notices Scient. histor. et économ. sur Alger et l'Algérie. » Paris, Chaix.

*Loreta Pietro.* « Osservazioni cliniche intorno allo stiramento dei nervi. » Bologna, Gamberini e Parmeggiani, 1882. — « Mem. dell'Accad. delle Scienze dell'Istituto. » Tomo III.

*Macari F.* « R. Clinica Ostetrica di Genova. » Anno accademico del 1881-82. Dal Giornale « La Salute Italia Medica », 1882. Genova. Tip. Sordo-Muti, p. 16, 8.°

*Mangiagalli Luigi.* « Il quinquennio 1875-79 nella Clinica Ostetrica di Milano diretta dal prof. cav. Domenico Chiara. » Rendiconto clinico. Milano, Agnelli, 1881, p. 740, 8.°

*Marcy Henry O.* « Double irrigation and drainage tubes. — Uterine dilatation by elastic force. — The cure of hernia by the antiseptic use of animal ligature. » Dalle « Transactions of the International Medical Congress », for 1881. London. Kolckmann, 1881, p. 12, f.° picc.

*Margary F.* « Della osteotomia cuneiforme del tarso per piede equino-vari. » (Con 4 fotogr.).

— « Estirpazione della fibro-cartilagine semilunare interna del ginocchio sinistro. » — « Giorn. della R. Accad. di Medicina. » Torino, Celanza, 1882.

*Mast. J. M.* « Rapport de la Commission administrative de l'Hôpital Cantonal de Genève pour l'année 1881. » Genève, imprim. Centrale Genevoise, 1882. (È annesso un piano dei padiglioni dell'Ospedale).

*Meinert C. A.* « Wie nährt man sich gut und billig. » — « Ein Beitrag zur Ernährungsfrage », con 2 tav. colorate e parecchie figure. Mainz, Mittler et Sohn, 1882, p. 100.

*Mendez Alvaro Francisco.* « Sociedad Española de Higiene. » Resumen de la discusion sobre la mortalidad de Madrid leido en sesion publica el 15 de junio de 1882. Madrid, Enrique Teodoro, 1882.

*Michetti A.* « Il Manicomio provinciale di S. Benedetto dal 1.° gennajo 1881 al 30 giugno 1882. » Pesaro, Federici, 1882.

Ministero di Agricoltura, Industria e Commercio. Direzione della Statistica generale.

« Risultati parziali del Censimento della popolazione al 31 dicembre 1881 riguardo al numero degli analfabeti, e confronti internazionali. » — « Bollettino », N. 3, 25 agosto 1882. Roma, Tip. Elzeviriana, 1882, pag. 28.

— « Statistica delle cause delle morti avvenute in 281 Comuni, capoluoghi di Provincia, di Circondario e di Distretto. » Anno 1881. Roma, Tip. Bodomiana, 1882, p. 132.

— « Atlante statistico del Regno d'Italia. » Diagrammi di Demografia Italiana. Statura dei coscritti (1854-59). Mortalità per età (1872-79) 6 tavole. Roma, MDCCCLXXXII.

— « Statistica della emigrazione italiana all'estero nel 1881, confrontata con quella degli anni precedenti e coll'emigrazione avvenuta da altri stati europei. » Roma, Tip. Bodoniana, 1882, p. 320.

— « Annali di Statistica. » Serie 3.ª, Vol. 1.°, 1882. Roma, eredi Botta, 1882, p. 232.

(*Magaldi.* « Le casse di risparmio in alcuni Stati d'Europa. — Le separazioni personali di conjugi e i divorzi in Italia e in alcuni altri Stati. » — *Raseri Enrico.* « Le condotte mediche in Italia. » — Schiarimenti sopra certi appunti di storia e statistica dei prezzi e salari, pubblicati nel Vol. 7.° degli *Annali.* — L. P. Tavole di morbosità. — *Verga Andrea.* « Censimento dei pazzi che trovavansi ricoverati nei manicomi ed ospitali d'Italia l'ultimo giorno dell'anno 1880. » — Appunti di Statistica amministrativa e finanziaria per otto fra le maggiori città del Regno. — Riordinamento ed accentramento del servizio statistico presso il Ministero di Agricoltura e Commercio).

*Namias H.* e *Martin A. J.* « Société de Médecine publique et d'Hygiène professionnelle. » — L'étude et les progrès de l'Hygiène en France

de 1878 à 1882, avec une préface di M$^{gr}$. le professeur Brouardel. Paris, Masson, 1882, p. 546, con 229 figure.

*Nelson Samuel N.* « Plastic Splints in Surgery. » Dagli « Annals of Anatomy and Surgery. » Brooklyn N. Y., 1882, p. 18, 4.° picc.

*Nicolini G. B.* « Contribuzione allo studio dell'eziologia dell'hydramnios e della patologia della placenta. » Milano, Rechiedei, 1882, 8.° « Ann. un. di Med. » Vol. CCLXI.

— « Le ultime quattro ovariotomie eseguite dal prof. E. Porro nella Clinica Ostetrica di Pavia. » Milano, Rechiedei, 1882. « Gazz. Med. Italiana Lombardia. »

*Ovilo D. F.* « Hygiène internationale: de l'influence des pélerinages marocains à la Mecque per la propagation du cholera. » Notes et appréciations soumises au quatrième Congrès international d'Hgiène, à Genève. Madrid, G. Hernandez, 1882.

*Peruzzi Domenico.* « Nota sulla 3.ª Centuria d'Ovariotomia in Italia. » — « Raccoglitore Medico », 20 luglio 1882. Forlì, tip. lit. Democratica, 1882, p. 8.

*Piana* e *Ballotta.* « Progetto premiato al concorso del nuovo Ospedale di Lugo in Romagna pubblicato a cura della Commissione Cassa-Fabbrica. » Bologna, Zanichetti, 1882, p. 144 con tavole.

*Profeta Giuseppe.* « Concorso alla Clinica dermosifilopatica della R. Università di Napoli. » Titoli di Giuseppe Profeta prof. ordinario a Palermo. Palermo, G. B. Gandiano, 1882.

« Programma del X Congresso Generale dell'Associazione Medica Italiana da tenersi in Modena dal 18 al 24 settembre 1882. » 2.ª Edizione. Modena, G. T. Vincenzi e Nipoti, 1882.

*Raimondi Carlo* e *Pietra Giovanni.* « Il latte considerato sotto il punto di vista della Dietetica e dell'Igiene. » Milano, Civelli, 1882 a spese della Società Italiana d'Igiene.

*Raseri Enrico.* « Ministero d'Agricoltura, Industria e Commercio. Direzione della Statistica Generale. » — « Le Condotte mediche in Italia. » — « Annali di Statistica. » Vol. 26, serie 3.ª Roma, eredi Botta, 1882.

*Roth Mathias.* « Second annual Report of the Society for the prevention of blindness and the improvement of the physique of the blind. » December 1881, London, Peutreff.

*Ruata C.* « Farmacopea nazionale e generale. » Verona, Druker e Tedeschi, 1882, 8.° Fasc. X, XI, XII, XIII.

*Tansini Iginio.* « La puntura capillare dello stomaco per la injezione nello stesso di sostanze liquide. » Proposta. « Gazzetta degli Ospedali », 16 agosto 1882. Milano, Vallardi.

---

*Il Direttore e Gerente responsabile*
Prof. A. Corradi.

# INDICE DELLE MATERIE



## BIBLIOGRAFIA.



## VARIETÀ.

# SULL'USO DEL JODOFORMIO IN CHIRURGIA

Rivista del dott. VITTORIO CAVAGNIS.

---

### 1.° Cenni storici.

Rohmer — *Della medicature col jodoformio.*
*Il jodoformio in Italia.*
*Il jodoformio in Francia.*

### 2.° Il jodoformio nelle malattie chirurgiche fungose e nelle piaghe cavitarie.

v. Mosetig-Moorhof — *Il jodoformio nella medicatura consecutiva alle operazioni per processi fungosi.*
Id. — *Della medicatura col jodoformio.*
J. Mikulicz — *Della medicatura col jodoformio.*
Beger — *Relazione dei casi trattati col jodoformio nella Clinica del prof. Thiersch di Lipsia.*
Falkson — *Considerazioni sul valore del jodoformio nella cura delle ferite.*
Hoeftmann — *Cura col jodoformio.*
Güterbock — *Contributo alla cura col jodoformio.*
Rosenbach — *Dell'uso del jodoformio per medicatura dopo la pleurotomia.*
Leisrink — *La cura delle ferite col jodoformio.*

### 3.° Il jodoformio nel lupus.

Riehl — *Il jodoformio nel lupus vulgaris.*

### 4.° Il jodoformio qual mezzo generale di medicatura.

v. Mosetig-Moorhof — *La medicatura col jodoformio nelle malattie chirurgiche non fungose.*
Idem — *La medicatura jodoformica.*
J. Mikulicz — *Della cura coll'iodoformio.*
Idem — *L'impiego dell'jodoformio in chirurgia.*
Gussembauer — *Idem.*
Piga — *Nota clinica sull'unione della medicazione alla Lister colla polvere di jodoformio.*
Delbastaille e Troisfontaines — *Della medicatura col jodoformio.*

### 5.° Azione topica fisiologico-terapeutica del jodoformio.

J. Mikulicz — *Della medicatura col iodoformio.*

### 6.° Modo di usare topicamente il jodoformio.

v. Mosetig-Moorhof e Mikulicz — *Scritti citati.*
Th. Görges — *Della medicatura col jodoformio.*
Leisrink — *Della cura delle ferite colla garza jodoformica.*
Idem — *Un'annata di cura delle ferite col jodoformio.*
H. Helferich — *Del jodoformio qual mezzo di medicatura.*

### 7.° Il jodoformio nella chirurgia bellica.

J. Mundy — *Del jodoformio quale mezzo di prima medicatura in guerra.*
*Discussione sul jodoformio alla Società dei chirurghi militari tedeschi in Berlino.*

### 8.° Il jodoformio in Ginecologia.

Leo Levschin — *Del jodoformio nelle ovariotomie.*

### 9.° Il jodoformio in Ostetricia.

J. Mann — *Il jodoformio nella cura delle donne in puerperio.*
G. Bayer — *Del jodoformio nel puerperio.*
A. Schücking — *Della cura col jodoformio e dell' irrigazione permanente.*

### 10.° Il jodoformio nell'Odontojatria.

Hagelberg — *Del jodoformio nella carie dentaria.*

### 11.° Il jodoformio nelle operazioni fatte nella cavità della bocca.

H. Schmidt — *Cura consecutiva alle necrotomie con polvere antisettica.*
Wölfler — *La medicatura delle ferite della bocca.*
Idem — *Dell'impiego del jodoformio nella cavità boccale.*

### 12.° Il jodoformio inspirato.

Th. Aschenhrandt — *Polmonite da inspirazione di jodoformio.*

### 13.° Dell' avvelenamento per jodoformio.

Max Schede — *A proposito dell'avvelenamento col jodoformio.*
Hoeftmann — *Avvelenamento per jodoformio.*
F. König — *Gli effetti velenosi del jodoformio in conseguenza del suo uso nelle ferite.*
A. Henry — *Relazione di due casi mortali di avvelenamento per jodoformio.*
Weljaminow — *Sulla questione della medicatura jodoformica.*
Idem — *Nevralgia della 2.ª branca del V., ecc.*
Behring — *Dell'avvelenamento jodoformico.*
O. Pfeilsticker *Il jodoformio qual mezzo di medicatura.*

Leon Polo — *Avvelenamento jodoformico.*
E. Maske — *Contribuzione alla casistica della tubercolosi sinoviale e della questione del jodoformio.*
V. Nussbaum — *Valore e pericoli degli antisettici con alcune considerazioni sul loro uso nella chirurgia bellica.*
G. Neuber — *Esperienze sulla medicatura col jodoformio, e colla torba eseguite nella Clinica di Esmarch.*
E. Küster — *Della cura antisettica delle ferite.*
Longuet — *Il processo del jodoformio.*
Rohmer — *Della medicatura col jodoformio.*
Kocher — *Dell' intossicazione per jodoformio e dell' importanza di questo nella cura delle ferite.*
Czerny — *Contributo all'avvelenamento per jodoformio ed osservazioni sul marasmo carbolico.*
A. Bum — *Della questione dell'avvelenamento per jodoformio.*
v. Mosetig-Moorhof — *Idem.*

**14.° Il jodoformio nell'XI Congresso dei chirurghi tedeschi, e nel X dell'Associazione Medica Italiana in Modena.**

Zeller — *Esperienze sull'assorbimento del jodoformio.*
B. v. Langenbeck — *Della cura delle ferite col jodoformio e specialmente della medicatura con involucro di jodoformio — Discussione.*
Casarini G. — *Il jodoformio nella cura di alcune malattie dell'utero.*
Saltini G. — *Sull'impiego del jodoformio in oculistica.*

Da alcuni anni si fa un gran parlare d'un rimedio impiegato, si dice, con grande vantaggio nella Terapia Chirurgica: proprietà meravigliose nel jodoformio sarebbero state in questi ultimi tempi messe in luce in Germania, dove molti e valentissimi chirurghi lo hanno sperimentato ed hanno pubblicato il risultato della loro pratica. Anche altrove si è fatto qualche raro tentativo, ma piuttosto allo scopo di verificare se la riputazione prodigiosa in brevissimo volger di tempo guadagnata dal jodoformio fosse giustificata e se, come alcuni tentano, possa sostituire la medicatura Lister.

È interessante raccogliere insieme tutto ciò che si riferisce all'impiego del jodoformio in Chirurgia, riassumendo ciò che se ne scrisse in questi ultimi tempi (1): gioverà nondimeno prima premettere alcune notizie storiche, lasciando tuttavia da parte quelle che si trovano esposte nei trattati recenti, che qui sarebbe inutile ripetere.

(1) In questi nostri *Annali* si è già fatto altre volte parola del jodoformio e cioè nei fascicoli di settembre 1878, di marzo, giugno ed ottobre 1879, di marzo 1880 e di ottobre 1881 e 1882.

## I. — Cenni storici.

**Du Pansement à l'iodoforme.** (*Della medicatura col jodoformio*) par le doct. ROHMER de Nancy. (*Rev. de Chir.*, 1882, N. VII, p. 574; N. VIII, p. 673; N. IX, p. 760).

Il francese Lallier avvertì nel jodoformio una grande efficacia per ottenere la cicatrizzazione di certe piaghe a tendenza ulcerosa, ed anzi fu il primo in Francia ad usarlo come topico: anche Besnier lo usò per applicazione esterna allo scopo di ottenere la guarigione di piaghe di lenta cicatrizzazione.

Dopo di lui Féreol (1), nel 1868, in un articolo letto alla Società di Terapeutica a Parigi, indicò i principali punti dell'azione del jodoformio su certe piaghe, limitandosi però a stabilire che in moltissime circostanze il jodoformio, applicato alla superficie delle piaghe dispiega una singolare efficacia per ottenerne la completa cicatrizzazione. « Quali sono le circostanze nelle quali si riscontra questa speciale efficacia del jodoformio? Quali sono le indicazioni, che ci possono indurre a ricorrerci? Qui, ei dice, io non ho, lo confesso, un criterio deciso da proporre. E dirò volentieri con Besnier, che si può usarne ogniqualvolta una piaga presenta una notevole resistenza alla cicatrizzazione. L'aspetto pallido, atonico dell'ulcerazione è una delle migliori condizioni di buon successo. Sembra che allora il jodoformio agisca come un eccitante che risveglia la vitalità dei tessuti. Questa azione mi è sembrata evidente in alcuni casi, in cui la applicazione del topico provocava alla superficie della piaga un leggier gemizio di sangue. Era allora bene sospendere tale medicatura; e la cicatrizzazione proseguiva egualmente pronta, limitandosi a medicare con una pezzuola cerata od imbevuta d'acqua fredda. »

Féreol (come ora Kocher) credette che una parte dell'azione del jodoformio si dovesse attribuire allo stato polverulento del medicamento, donde la sua azione essiccante ed eccitante alla superficie delle piaghe; infatti, dice egli, le pomate ed i glicerolati hanno una azione più lenta e più incerta, e devono essere riservati per le ulceri non atoniche o che pajono disposte a facilmente sanguinare, mentre la polvere conviene alle ulceri pallide, grigiastre ed atoniche. Il modo di medicatura di Féreol consisteva semplicemente nel ricoprire la piaga colla polvere, che da sè vi aderiva, ed a mantenervela con una pezzuola, con della tela gommata o delle striscie di cerotto diachilon. Lasciando 4-5 giorni in posto tale medicatura egli ne ottenne dei buoni effetti là dove la medicatura spesso rinnovata, ancora di jodoformio, aveva fallito. Del resto non è solo quando una piaga si cicatrizza difficilmente, che si deve, secondo Féreol, medicare colla polvere di jodoformio. Si pre-

(1) « Bull. gén. de thérap. » T. 74, pag. 400 e seg.

senta la stessa indicazione quando v' è urgenza di ottenere tale cicatrizzaziene, quantunque la piaga sia recente e non vi sia alcuna tendenza ulcerosa. È ciò che si verifica specialmente per l' ulcero molle ed il bubbone, che possono essere complicati dal fagedenismo: in questi casi è importante di ottenere al più presto la cicatrizzazione, e pare realmente che in essi l'efficacia del jodoformio sia molto notevole.

Quanto alle sifilidi, parve a Féreol che il jodoformio topicamente applicatoci avesse su loro una azione cicatrizzante assai favorevole; rupie, ectimi, ulceri consecutive alle gomme, ragadi anali od interdigitali, chiazze mucose delle dita, tubercoli ulcerati, in una parola tutte le sifilidi ulcerate, ne risentono una favorevole influenza. Féreol ha fatto inoltre altre numerose prove di medicatura col jodoformio e ne ebbe spesso dei buoni risultati, quantunque forse meno spiccati e rapidi. Contro le ulceri varicose il jodoformio non agisce gran fatto: ne ebbe invece un successo completo in un caso di fessura anale complicata di fistola cieca esterna e guarita in meno di un mese, dopochè già durava da sei. Ne ebbe infine un successo non probante se non nullo, in un caso assai bizzarro di ulceri sviluppatesi sulla faccia, senza alcuna somiglianza colla sifilide e colla scrofola e che Bazin faceva dipendere da una forma di farcino cronico.

Tali sono i principali fatti riferiti di Féreol, che li giustifica coll'appoggio di numerose osservazioni.

Una tesi comparsa in quello stesso anno (1) non è che la riproduzione dello scritto di Féreol.

Altra tesi (2) fu inspirata del predetto Lallier; ed in essa l'Autore studiò quasi esclusivamente l'azione del jodoformio sull'ulcero molle: ci si trova però questo fatto importante, che riguarda la chirurgia propriamente detta. Un chirurgo americano, che era stato ferito al ginocchio durante la guerra civile, vi aveva una piaga suppurante da più di 4 anni, della quale non aveva mai potuto ottenere la cicatrizzazione malgrado tutti i mezzi impiegati, fra i quali il ferro rovente. Lallier medicò quella piaga col jodoformio, ritenendola di natura scrofolosa. Dopo 5-6 giorni la piaga erasi riempita di bei bottoni, ed era in via di cicatrizzazione. Lallier perdè allora di vista l' ammalato; ma questi un mese dopo gli si presentò e gli raccontò che la piaga era guarita in 8 giorni.

Guyon nei suoi *Eléments de Chirurgie Clinique* consiglia pure il jodoformi come topico nella medicatura delle piaghe.

Infine nel 1874 Barailler, di Tolone, nell' articolo *Jodoforme*, p. 384. *Nouv. Dictionn. de méd. et de chir. prat.* T. XIX, fece l' avvertenza che nelle piaghe vive il jodoformio riusciva piuttosto nocivo, irritandole.

---

(1) Maillard. Th. Paris, N. 149, 1868.
(2) Petiteau. Th. Paris, N. 5, 1871.

Le cose erano a questo punto alcuni anni fa; ed il jodoformio in chirurgia era quasi totalmente caduto in disuso ed unicamente impiegato contro il fagedenismo degli ulceri molli e dei bubboni a loro consecutivi, quando furono intraprese nuove ricerche, tendenti soprattutto a dilucidare l'azione del jodoformio sui bottoni carnosi e sui tragitti di cattiva natura e poi sulle piaghe in genere: ed è in Germania che si fecero questi nuovi lavori, i quali qui vengono indicati.

Primi Binz e Möller (1) nel 1874 e 1877 richiamarono di nuovo l'attenzione dei medici sopra il jodoformio, quale agente terapeutico.

**Il jodoformio in Italia.**

Fin dal 1853 il Righini commendò il jodoformio quale *antisettico* e *disinfettante* e il suo libro venne tradotto in francese dal dott. Janssens (*Jodoformognosie.* Bruxelles 1863). Il dott. Cesare Bozzi in un pregevole opuscolo trattò dell'*uso del jodoformio in chirurgia* (Pavia 1879). Il Moleschott nel 1878 (2) si dimostrò entusiasta della sua azione fondente nelle adenopatie del collo, ribelli da anni ad ogni altra cura. Amministrandolo internamente egli ne ottenne eguali successi contro il gonfiore della milza nella leucemia, nei ganglii sifilitici ingorgati, nell'orchite, negli spandimenti pleurici, pleurici, pericarditici, peritoneali, aracnoidei, contro l'ascite l'idrocefalo acuto, la meningite tubercolare, l'igroma del ginocchio, le artriti con spandimento. Egli gli ha inoltre riconosciuto proprietà calmanti contro i dolori reumatici e le loro complicazioni infiammatorie, le nevralgie, le nevriti, ecc.

Al dire di Moleschott. amministrato il jodoformio internamente alla dose di 7-10 centigrammi al giorno, regolarizza i battiti cardiaci.

Pochi mesi dopo il prof. Ravà (3), pubblicava uno scritto importante e molto favorevole all'uso del jodoformio nelle malattie oculari e il dott. Aphel (4) faceva pure di pubblica ragione un caso di nevralgia da trauma favorevolmente curato col jodoformio.

Nel 1879 poi comparvero in Italia sul jodoformio gli scritti di De-Cristoforis (5) che lo adoprò con vantaggio nella medicatura endouterina, di Bonalumi e di Folinea (6), che se ne giovarono nelle malattie veneree, di Testa (7) che se ne lodò per uso solvente, e quelli

---

(1) Binz. « Grundzüge der Arzneimittellehre, etc. », pag. 136, 4.ª ediz. — « Ueber das Jodoforme und über Jodsaüre, etc. » Nell'« Arch. f. experiment. Path. und Pharmacol. » Bd. VIII, p. 309, ottobre 1877.

(2) « Wien. med. Wochenschr. », 1878, giugno e questi *Annali* (Rivista), 1878, CCXLVI, 247.

(3) « Annali di Ottalmologia. »

(4) « Lo Spallanzani. » Giorn. di medicina e chirurgia. Modena

(5) « Gazz. Med. Ital. Lomb. »

(6) « Annali Clinici dell'Ospedale degl'Incurabili di Napoli. »

(7) « Gazz. Med. Prov. Venete. »

per noi più importanti di Cianciosi (1), che, usando il collodion jodoformiato e l'acido fenico in sei casi di tumor bianco, ne ebbe risultati superiori all'aspettazione, e di Lupò (2), che assai se ne trovò contento nel medicare le ferite aperte, tanto da dichiararlo preferibile alla medicatura Lister.

Nel 1880 se ne occupò fra noi il dott. Galli (3) e il Wilson pubblicava (4) i buoni effetti prontamente ottenuti nel catarro delle vie nasali coll'applicazione topica della polvere di jodoformio.

In quello stesso anno Mosetig pubblicò il primo suo scritto sull'argomento: ed è da lui che si può dire che propriamente comincia l'uso metodico del jodoformio in chirurgia.

**Il jodoformio in Francia.**

A Bordeaux ne scrisse su quel giornale di medicina nel 1881 il professor Poinsot e Marco Sée nel dicembre di quello stesso anno portò la questione del jodoformio davanti alla Società di Chirurgia di Parigi; ma le grida d'entusiasmo dei chirurghi tedeschi ci trovarono poco eco. Le Dentu fece una lezione ( « Du Pansement à l'iodoforme et de ses dangers. » — Della medicatura col jodoformio e dei suoi pericoli. Paris 1882, « France Médicale », 1882, 30 et 31 ), all'Ospedale di San Luigi, insistendo specialmente sui pericoli dell'intossicazione jodoformica. Fra i fenomeni locali jodoformici cita anch'egli l'eritema papuloso e l'eczema e cita il caso di un amputato di una gamba, a cui si riaperse la cicatrice e medicato perciò col jodoformio, dopo 20 giorni di tal cura ebbe un'eczema della parte posteriore della coscia e della natica.

Anche il prof. Gross di Nancy ha fatto estesissimo uso del jodoformio e press'a poco riconferma quanto ha scritto Mikulicz in proposito. Così pure Boeckel a Strasburgo. ( V. *Gaz. Méd. de Strasbourg*, 1881, ottobre).

## 2.° — Il jodoformio nelle malattie chirurgiche fungose e nelle piaghe cavitarie.

Mosetig-Moorhof (di Vienna). — **Jodoform als Wundverbandmittel nach Operationen wegen fungöser Processe.** (*Il jodoformio nella medicatura successiva alle operazioni per processi fungosi*). In: *Wien. med. Wochenschr.*, 1880, 43.

Idem. — **Zum Jodoformverband.** (*Della medicatura col jodoformio*). In: *Wien. med. Wochenschr.*, 1881, 13.

In vista della tanto frequente recidiva, che si osserva dopo le ope-

(1) « Bullettino delle Sc. Med. di Bologna. »

(2) « Giorn. Intern. delle Scienze Mediche. »

(3) « Guglielmo di Saliceto. » Giornale di medicina. Piacenza.

(4) « Brit. med. Journal. »

razioni eseguite per tubercolosi locale, l'Autore volle provare a medicare le ferite, risultanti da tali operazioni, col jodoformio, il quale è già stato internamente adeperato nella tubercolosi. E il risultato di tale sua prova fu così soddisfacente in tutti i 16 casi trattati col jodoformio, che Mosetig si credette autorizzato a raccomandare al pubblico tale mezzo. È importante a sapersi che egli operava indifferentemente con, o senza le cautele antisettiche: egli lavava la ferita il più spesso con acqua di fonte e la cospergeva colla semplice polvere di jodoformio, riempiendo poi completamente di jodoformio le cavità delle ferite stesse.

Non ebbe mai complicazione e raramente gli occorse di rinnovare la medicatura prima di 15-20 giorni. Nelle ferite semplici, non cavitarie, lasciava invece in posto la medicatura per 6-8 giorni e in capo a questo tempo la rinnovava; e così via fino alla guarigione.

Sono interessantissimi alcuni casi, che primamente trattati coll'acido fenico dimostravansi pronti a recidivare: il jodoformio presto cambiò in vigorose granulazioni quelle che prima erano affatto fungose. Alcune di tali piaghe furono nuovamente trattate coll'acido fenico e tosto riassumevano il carattere fungoso: rimessoci il jodoformio, guarirono.

Fra le altre operazioni egli menziona, 1 resezione di costa, 2 di gomito, 1 dell'articolazione del piede, parecchie amputazioni.

L'Autore però per prudenza consigliava nel suo primo scritto di operare colle regole antisettiche: ed avvertiva che non poteva ancora essere sicuro della guarigione duratura, perchè il tempo trascorso dopo dette guarigioni era ancora troppo breve. Se tale guarigione riescisse veramente duratura, ne andrebbe di mezzo il detto di Giov. Müller — troppo bello per essere verosimile — *Zu schön um wahrscheinlich zu sein.*

Nel secondo scritto citato di Mosetig, questi riconferma l'azione antitubercolosa del jodoformio e dichiara di non avere osservato alcuna recidiva dei suoi operati ed aggiunge due altre storie cliniche, di cui eccone una in breve.

Una ragazza di 19 anni, dopo un parto, presentò una tumefazione sulla faccia dorsale dell'articolazione tibio-astragalica sinistra, che s'estendendeva fino al 3.° inferiore della gamba; e l'Autore la diagnosticò per tendo-vaginite fungosa dei flessori del piede.

Riusciti a nulla il riposo e le pennellature jodiche, l'Autore ricorse all'ignipuntura, col cauterio di Paquelin. Sopravvenuta una resipola, restò una piaga con granulazioni fungose, facilmente sanguinanti: la pelle intorno era livida: il tumore pure era fungoso. Senza esportare le granulazioni l'Autore le spolverò con jodoformio e in capo ad un mese, tutto era benissimo cicatrizzato, essendo affatto scomparso il tumore.

Nel secondo caso si trattava di infiammazione dell'articolazione del ginocchio fungosa ed aperta: esso fu trattato come sopra e presto migliorò.

J. Mikulicz (assistente di Billroth a Vienna). — **Ueber den Jodoformverband.** (*Della medicatura col jodoformio*). (*Wien. med. Wochenschr.*, 1881, 23).

Anche Mikulicz ebbe buoni risultati dal jodoformio nelle affezioni tubercolari. Ecco uno dei casi da lui esposti. Ad una ragazza di 8 anni, affetta da distruzione estesa dell' articolazione del ginocchio per tubercolosi locale, invece dell'amputazione, egli praticò lo sgusciamento delle parti ammalate e riempì la cavità risultante con 60 grammi di jodoformio. Dopo 50 giorni quella cavità era colmata. Bisogna, dice egli, rimuovere tutta la parte ammalata, essendo la guarigione possibile soltanto se il jodoformio è portato a contatto di tutta la parte tubercolosa, non avendo esso una azione a distanza, nè una azione generale antitubercolare: anzi egli ha visto molti casi di carie ribelli al jodoformio.

Anche König (1) è d'avviso che il jodoformio non abbia azione specifica sulle granulazioni provenienti da tubercoli e ne attribuisce i buoni risultati alla sua azione antisettica. Egli ha visto che anche gli operati di resezione articolare col metodo antisettico, non risentono alcun vantaggio dall'operazione rispetto all' ulteriore sviluppo della tubercolosi.

Beger. — **Bericht über die in der Klinik des Herrn Prof. Thiersch in Leipzig mit Jodoform behandelten Fälle.** (*Relazione dei casi trattati col jodoformio nella Clinica del Prof. Thiersch di Lipsia*). In: *Deutsch. Zeitschr. f. Chir.*, 1881. Bd. XVI, Heft 1 e 2. — *Centr. f. Chir.*, 1882, 8).

Questi casi furono 72, di cui 42 per fungo; 14 avevano ferite recenti; 6 volte il jodoformio fu impiegato dopo necrotomie, 1 dopo l'amputazione della mammella, 1 dopo un'osteotomia, 1 dopo l'esportazione di un cheloide al dorso del piede, 1 dopo lo stiramento di nervi, 1 dopo sutura di un nervo, 1 dopo l' incisione di una sinovite prepatellare, 1 dopo l'estirpazione della faringe, 1 dopo un' operazione plastica per inversione della vescica.

Le ferite furono in parte cucite ed in parte lasciate aperte. Il decorso fu molto favorevole e i casi di morte trovarono altra spiegazione all'infuori dell'intossicazione jodoformica e soltanto nei bambini si videro i segni precursori dell'avvelenamento, cioè letargo, ansietà, inquietudine nella veglia.

Crede l'Autore che per l'intossicazione non debbasi considerare che l' estensione della superficie assorbente e non già la quantità di jodoformio adoperato, la quale fu persino in un caso di 300 gr.

(1) « Centr. f. Chir. », 1881, 48.

Falkson. — **Beobachtungen über den Werth des Jodoforms, für die Wundbehandlung.** (Aus der Chirurgischen Universitäts-Klinik des Hern Prof. Schönborn in Königsberg i. Pr. (*Considerazioni sul valore del jodoformio nella cura delle ferite*). In: *Berlin. klin. Wochenschr.* Jahrg. XVIII, 45.

Hoeftmann. — **Jodoformbehandlung.** Aus der Chirurgischen Universitäts-Poliklinik zu Königsberg i. Pr. ( *Cura col jodoformio* ). *Ibidem*, 45.

B. Güterbock. — **Beitrag zur Jodoformbehandlung.** ( *Contributo alla cura col jodoformio*). *Ibidem*, 30.

Rosenbach. — **Dell'uso del jodoformio per medicatura dopo la pleurotomia.** (*Berl. Klin. Wochenschr.*, 1882).

Leisrink. — **Die Wundbehandlung mit dem Jodoform.** Mittheilungen aus der chirurgischen Abtheilung des iraelitischen Krankenhauses zu Hamburg. (*La cura delle ferite col jodoformio*). *Ibidem*, 47. — *Centr. f. Chir.*, 1882, 8.

Falkson avendo visto dalla medicatura jodoformica ottimi risultati nelle affezioni tubercolari delle ossa e delle articolazioni, nelle granulazioni fungose e nelle fistole, nelle scottature e ferite, non medicabili alla Lister, ed essendogli mancato ogni fenomeno di avvelenamento, non può a meno di dichiararsene fautore.

Ed egli la raccomanda anche nella pratica privata e nella bellica, quantunque nella prima gli ammalati siano meno facilmente tenuti d'occhio e nella seconda si tratti spesso di estese lesioni, le quali, perchè appunto estese, potrebbero forse dar luogo ad avvelenamenti.

Hoeftmann pure ne è partigiano e l'ha specialmente provata con buon successo nell'ozena come polvere da naso, nella spina ventosa e nell'empiema, nel quale, se non è putrido, fa a meno della fognatura ed ebbe buoni risultati dall'estrazione dei coaguli fibrinosi colle dita o coi cucchiai taglienti.

Rosenbach privato docente a Breslavia, si è servito del jodoformio per medicare due ammalati operati di pleurotomia. Sotto l'influenza di tale medicatura la cavità pleurica restò asettica, cosa a cui non aveva mai potuto prima riuscire con varii altri metodi impiegati. Anzi prima della medicatura jodoformica il pus subiva una decomposizione putrida, malgrado ripetute lavature. L'Autore crede che il jodoformio si potrebbe impiegare in tutte le pleurotomie; e tale è pure l'avviso di Billroth e di Mikulicz. La quantità di jodoformio da impiegarsi sarebbe secondo Rosenbach di 3-4 grammi al giorno per la prima settimana. In seguito se ne diminuirebbe la dose e non lo si applicherebbe che 3-4 volte per settimana.

Güterbock si loda assai della medicatura jodoformica nelle tumefazioni delle glandule linfatiche inguinali, che non si possono altrimenti risolvere. Egli esporta tutta la massa morbosa insieme colla pelle che la ricopre, colle regole antisettiche, disinfetta la ferita con una forte

soluzione fenica o di cloruro di zinco (8 per 100), asciuga la parte e la riempie con jodoformio in grossi cristalli. Rinnova la medicatura ogni 2-3 giorni. Egli usa il jodoformio in grossi cristalli per prevenire l'avvelenamento, che colla polvere fina, è a suo dire, più facile.

Anch'egli ha visto svilupparsi 4 volte la resipola sotto tale medicatura.

Leisrink nel medicare non usa più che del jodoformio, del quale non vide mai casi di avvelenamento letale, che egli crede favorito dai processi miocarditici. Sentansi questi suoi due casi:

1.° Ragazzo di 14 anni; resezione del cotile per cotilite da osteomielite del bacino. Medicatura alla Lister: sepsi: irrigazione permanente antisettica senza vantaggio e jodoformio al 30.° giorno: cessa la febbre: guarigione pronta.

2.° Donna di 33 anni, molto deperita: ascesso da parametrite da più mesi e fluttuazione alla spina anteriore-superiore ed al legamento di Poparzio. Incisione e introduzione di 45 gr. di jodoformio: fognatura. Cessa la febbre: non sorte pus, ma un essudato siero-sanguinolento. Guarigione in tre settimane.

## 3.° — Il jodoformio nel lupus.

RIEHL. — **Ueber die Anwendung des Jodoforms bei Lupus vulgaris.** (*Il jodoformio nel lupus vulgaris*). (*Wien. med. Wochenschr.* 1881, 19 e *Centr. f. Chir.*, 1881, 32).

Già subito dopo la 1.ª pubblicazione di Mosetig il dott. Walzberg, di Minden, trattò sei casi di lupus e di affezioni tubercolose della pelle col jodoformio e ne vide un accorciamento sensibile nella durata.

Ora il dott. Riehl pubblica i risultati ottenuti nella Clinica dermatologica di Kaposi in ben 20 casi di Lupus col jodoformio e raccomanda questo medicamento in tale malattia come un efficacissimo rimedio — *als ein äusserst wirksames Mittel.*

Il jodoformio non spiegava la sua influenza se veniva applicato su parti previamente raschiate: invece arrestava tosto la suppurazione dei nodi ulcerosi e dava luogo alla fusione degli essudati. Se vi erano dei nodi situati profondamente, l'Autore macerava l'epidermide soprastante col bagnarla per 1|2-2 minuti con una soluzione di potassa caustica (1|2), (magari cloroformizzando il paziente); quando l' epidermide si era rammollita, ne toglieva con delle filaccia la soluzione caustica, asciugava la parte, e la ricopriva col jodoformio (2-3 millimetri d'altezza). Sopra, ovatta e cerotto. Dopo 3-8 giorni si rinnovava l' apparecchio e si trovava la parte abbassata, ravvivata, e si vedeva scomparso il rossore ed il gonfiore.

Anche Winiwarter si giovò del jodoformio nel lupus, dopo applicato il cucchiajo tagliente; ed anche Mikulicz guarì dei lupus superficiale col jodoformio. I profondi tardavano a sentirne l' efficacia. Mikulicz

dichiara che non vide avverarsi per il jodoformio effetti sul generale: alcuni, migliorati alla località, morirono poi di tisi (1).

## 4.° — Il jodoformio qual mezzo generale di medicatura.

v. Mosetig-Moorhof. — **Der Jodoformverband bei nicht-fungösen chirurgischen Erkrankungen.** (*La medicatura col jodoformio nelle malattie chirurgiche non fungose*). In: *Wien. med. Wochenschr.*, 1881, 21.

Idem. — **Der Jodoformverband.** (*La medicatura jodoformica*). (*Sammlung Klin. Vorträg*, 211).

Nel 1.° di questi due scritti, Mosetig dichiara di avere ottenuto eccellenti risultati dal jodoformio in 20 casi di malattie chirurgiche non tubercolose; il decorso fu sempre asettico e pronta la guarigione.

Quanto alla piemia, ecco le sue osservazioni. Di 2 ammalati, che si trovavano già sotto l'influenza dell'assorbimento purulento uno fu operato e medicato col jodoformio morì; il 2.° fu operato a tempo e medicato col jodoformio guarì.

Egli dice che il cattivo odore del jodoformio è tolto dall'applicazione dell'ovatta e della carta di gutta-percha e raccomanda di non farne risparmio, ma di cambiarla appena si veda penetrata dal liquido. L'eritema e l'eczema sono pure prevenuti dal cambiare frequentemente la medicatura e coll'ungere di grasso la pelle circostante.

L'altro scritto di Mosetig è una delle conferenze della raccolta di Volkmann, ed in essa egli dichiara che non ha trovato in nessun individuo una speciale idiosincrasia riguardo al jodoformio. Egli dichiara inoltre di credere di non aver dovuto osservare casi di intossicazione col jodoformio perchè egli non stringe mai molto la medicatura e perchè egli impiega di solito non più di 20-40 gr. di jodoformio per medicatura, al massimo 60-70. Se scorge pericolo di emorragia dopo una operazione, egli applica la medicazione non troppo stretta e ve la tiene compressa per 1-2 ore con giri di fascia elastica, che poi leva. Riconferma di non aver mai visto la setticità delle piaghe colla medicatura jodoformica; anzi se sopravvengono altrove dei fenomeni putridi, le piaghe jodoformiate ne restano affatto immuni, e ne cita un caso palmare.

In questa conferenza egli espone le particolarità della medicatura col jodoformio, ed ecco le sue conclusioni:

1.° Il jodoformio impiegato localmente è uno specifico contro i processi tubercolari locali. Esso distrugge le granulazioni fungose, che vengono eliminate sotto forma di un pus cremoso, denso e giallastro e finchè resta a contatto colla piaga impedisce il più spesso la forma-

(1) « Wien. medicin. Wochenschr. », 1881, 32.

zione di nuove fungosità. La sua azione è sicura e potente allorquando è posto direttamente a contatto colle fungosità: non si può però negargli un'azione a distanza, che è però molto più debole. Dopo l'abrasione delle fungosità, si formano, sotto l'influenza del jodoformio, delle granulazioni sane, vigorose e capaci di formare un tessuto di cicatrice. Se si tratta di fungosità situate sopra a membrane sierose, la guarigione può effettuarsi senza che dei tessuti di nuova formazione vengano a ricoprire le parti molli.

2.° Prima dell'applicazione del medicamento è bene fare l'abrasione delle vegetazioni fungose: così si diminuisce la durata della cura. Questa abrasione non è però necessaria assolutamente; ma nelle carie fungose lo sgusciamento dell'osso deve giungere fino sulle parti sane, perchè l'azione del jodoformio sulle fungosità profonde sarebbe impedita dalle trabeccole ossee. Quando una piaga, sotto l'influenza del jodoformio, venne sbarazzata dalle fungosità, di regola la secrezione da purulenta che era, diventa sierosa, a meno che non si producano complicazioni.

3.° Per tutte le ferite il jodoformio è l'antisettico più sicuro, perchè grazie alla sua poca solubilità nei liquidi dell'organismo, vi persiste a lungo, continuando a manifestare la sua azione antisettica.

4.° Il jodoformio applicato in moderata quantità sulle piaghe, non torna nocivo all'organismo, quantunque in parte venga assorbito, poi eliminato dai reni. Per alcuni organismi indeboliti tale passaggio nel circolo generale potrebbe anzi avere una grande utilità.

5.° La prima influenza del jodoformio sulle ferite è di calmare i dolori; in seguito, esso converte in liquido sieroso i briccioli delle granulazioni ed impedisce in modo notevole le complicazioni settiche delle ferite stesse.

6.° L'andamento delle ferite, nel più dei casi, è afebbrile: altre volte si osserva nei primi giorni una elevazione di temperatura, ma non di carattere settico.

7.° La polvere di jodoformio cosparsa sulle labbra d'una ferita, non ne impedisce la riunione per prima intenzione.

8.° Sotto la medicatura jodoformica, come in generale sotto tutte le medicature, bisogna assicurare lo scolo dei liquidi. La filtrazione delle secrezioni attraverso alla medicatura, non toglie a questa il suo carattere antisettico: i rialzi di temperatura, nell'ulteriore decorso, indicano solo una ritenzione di liquido nella ferita ed imperiosamente esigono un cambiamento di medicatura al fine di esaminare la ferita. Quando mancano i sintomi febbrili durante la formazione della cicatrice, astrazion fatta dai primi giorni, il rinnovamento della medicatura, quando essa è imbrattata, non ha che uno scopo di nettezza, ma non è assolutamente necessaria.

9.° Colla medicatura jodoformica non si osserva irritazione della ferita.

10.° Il jodoformio è un antisettico così potente, che si possono lasciare da parte tutti gli altri antisettici, come coadiuvanti; per le lavature basta l'acqua pura: e le soluzioni antisettiche non sono assolutamente necessarie. È evidente che si insisterà sulla nettezza del campo operatorio, degli strumenti, delle mani dell'operatore e de'suoi ajuti, come pure sulla delicatezza delle manipolazioni e sul riposo delle parti operate.

11.° Di tutte le medicature antisettiche fin qui conosciute la jodoformica è la meno costosa, la più sicura, quella che dura di più e che è più facile a venire applicata. Gli oggetti necessarii alla sua applicazione si trovano dovunque; e la polvere e la garza di jodoformio possono venire conservate per anni, senza menomamente perdere delle loro proprietà.

12.° Il jodoformio permette l'applicazione delle manovre antisettiche nella cavità boccale, nel retto e nei suoi dintorni, come anche nella vescica e per conseguenza nei casi di interventi chirurgici, nei quali prima non si poteva gran fatto contare su di una rigorosa antisepsi.

J. Mikulicz. — **Zur Jodoformbehandlung.** (*Della cura col jodoformio*). In: *Centr. f. Chir.*, 1882, 1.

Idem. — **Die Vervendung des Jodoforms in der Chirurgie.** (*L'impiego del jodoformio in Chirurgia*). In: *Wien. Klinik.*, 1882. Jan. Heft. 1.

Al Congresso dei chirurghi tedeschi del 1881 Mikulicz (1) espose le sue esperienze e le sue ricerche cliniche e fisiologiche sul jodoformio, dalle quali risaltavano le eminenti proprietà antisettiche del medesimo. Egli ne fece conoscere la meravigliosa azione sulle ferite recenti sia per la riunione per prima intenzione, che per la cicatrizzazione secondaria (come nell'amputazione della mammella), sulle ferite delle cavità mucose (bocca, lingua, laringe, retto, ecc.), nelle operazioni nella cavità peritoneale, sulle piaghe a superficie gangrenosa, nella tubercolosi delle ossa, delle articolazioni, delle parti molli, nel lupus, ecc. In seguito ritornò sull'argomento cogli scritti sopraccitati.

Per l'Autore l'introduzione del jodoformio nella cura delle ferite è il maggiore progresso che siasi fatto dopo la cognizione del metodo di Lister; anzi dopo avere discusso e confrontato il valore del sistema Lister colla medicatura jodoformica, egli conclude col dire che la medicatura colla garza carbolica è ora sostituita da una migliore, cioè dalla medicatura jodoformica e che di tutto il metodo di Lister non è restato in piedi altro che il suo principio, il quale oggi è indisputato come 12 anni fa. Si può però rispondergli che ammesso pure

---

(1) V. Arch. di Langenbeck. XXVII. Heft. 1. « Wien. medicin. Wochenschr. » 1881, 23 e questi *Annali* (Rivista), ottobre 1881.

che debba cadere anche la pratica della polverizzazione e dell'applicazione del Protektive, resta però ancora in piedi buona parte del metodo di Lister, come egli stesso indica in seguito.

Riferisce in prima i risultati delle esperienze chimico-fisiologiche di Binz, Högyes e Ludwig, i quali videro morire gli animali, ai quali era stato somministrato del jodoformio in troppa quantità, di paralisi cardiaca e respiratoria e trovarono poi che quelli animali presentavano un' adiposi della maggior parte degli organi. Però egli dichiara che nella Clinica di Billroth non vennero osservati casi di avvelenamento acuto per jodoformio: vi ha invece osservato 2 casi di avvelenamento cronico, di cui uno avvenne in una giovane, che aveva un ascesso all'anca. Medicata col jodoformio, dopo 20 giorni, essa presentò apatia, inquietudine, inappetenza, dilatazione delle pupille, occhio spento,?gridio; polso frequente, nessuna paralisi. Morì al 29.° giorno e non le si trovò nulla all' autopsia che potesse dare spiegazione di questi fenomeni. — L'altro caso fu eguale. Però egli dice che se il jodoformio viene usato in piccole quantità, non dispiega azione sul generale; se invece lo si adopera in grande quantità, fin dalle prime 24 ore possono comparire debolezza, malessere vomito.

Mickulicz considera le varie possibilità, che il chirurgo può trovarsi dinanzi. O si tratta cioè: 1.° di ferite semplici, recenti, e asettiche; 2.° o di piaghe ed ulceri già settiche; 3.° o di piaghe ed ulceri specifiche (sifilide, tubercolosi, ecc.).

La prima possibilità presenta 4 casi, cioè *a*) ferite aperte, che non guariscono per prima intenzione, *b*) ferite che guariscono per prima intenzione completamente o quasi, *c*) ferite comunicanti col cavo peritoneale, e *d*) ferite comunicanti colle mucose.

1.° *a*) Premessa la disinfezione e con tutte le cautele antisettiche, esclusa la polverizzazione, la ferita viene spolverata col jodoformio e vi viene applicata sopra dell'ovatta semplice, che può lasciarsi in posto per una settimana. Avviene talora che le granulazioni non vogliono cicatrizzare e allora si medicano con una pomata irritante (1|100 di nitrato di argento).

*b*) La ferita viene pure disinfettata, munita di tubi di fognatura e cucita. Vi si mettono sopra 4-8 giri di garza jodoformica, che sporgano dalla ferita 2-4 centimetri: poi sopra si mette l' ovatta e la stoffa impermeabile fissata con bende di calicò (stoffa di cotone leggiera), e poi sopra o organtino o una fascia di gomma. In questo caso basta il jodoformio della garza e la medicatura deve essere cambiata dopo 4-5 giorni. Allora si tolgono i tubi da fognatura insieme ad alcuni punti di sutura. La seconda medicatura si lascia in posto una settimana e più. A proposito di tali ferite l'Autore riferisce il caso di una frattura dell'avambraccio per colpo d'arma a fuoco, in cui il projettile era restato dentro. Ebbene egli si contenne all' opposto dei chirurghi listeriani, i quali avrebbero procurato di cavarnelo tosto. Invece non si diede

molto pensiero di far ciò e lo lasciò in posto nell'idea di estrarlo in seguito o di lasciarlo dove era.

*c*) Medicatura solita alla Lister e polvere sulla superficie cruentata. Anche König in tal caso raccomanda tale medicatura.

*d*) Lavatura della cavità con una soluzione fenica al 1|100, poi otturamento della ferita con striscie di garza jodoformica. Nessuna ulteriore lavatura. Dopo 8-10 giorni si leva il primo zaffo e se ne rimette un altro. Così si ottenne nella Clinica di Billroth la guarigione di 18 casi di amputazione della lingua per cancro, che vi furono medicati di tal modo: e così vennero trattate le resezioni della mascella superiore, l'estirpazione del setto, e le operazioni nella vagina e nella vescica.

Anche König, punto appassionato fautore della cura jodoformica delle ferite, applaude a questo metodo.

2.° Il jodoformio leva tosto (in 4-6 ore) il cattivo odore di tali piaghe, quando ci venga sparso sopra. L'Autore medica così anche i patereccì, i foruncoli, i carbonchii, dopo di averli spaccati: nelle ulceri delle gambe, combina questo metodo colla fascia di Martin.

Nell'empiema putrido si giova dei chiodetti jodoformici e del jodoformio in polvere. Ritiene sia da tentarsi anche nella cistite putrida l'usa del jodoformio.

3.° Le piccole cavità si riempiono di polvere e di garza jodoformica, le maggiori non vengono riempiute per tema dell'avvelenamento jodoformico. Sopra vi mette dell'ovatta.

Medica pure a questo modo gli ascessi freddi.

In appoggio alle sue idee, Mikulicz (1) presenta la statistica di 53 grandi operazioni, praticate nel servizio di Billroth e medicate col jodoformio. In esse la ferita è restata 49 volte asettica perfettamente. Egli ci fa anche conoscere la pratica di Billroth nelle operazioni meno comuni, come la laparotomia e l'estirpazione totale dell'utero per la via vaginale. — Nella laparotomia, prima di chiudere la ferita addominale, Billroth fa trascorrere sul peritoneo un tampone contenente polvere di jodoformio, sperando con ciò di impedire la setticemia e gli accidenti inflammatorj. — Dopo l'estirpazione totale dell'utero per la via vaginale, Billroth medica la ferita con garza jodoformica e riempie la vagina con tamponi fatti pure con jodoformio. Parecchie operate medicate a questo modo, ebbero buon esito; e Mikulicz è d'avviso che il jodoformio sia superiore a tutti gli agenti antisettici, finora adoperati (2).

---

(1) « Berl. Klin. Wochenschr. », 1881. — « Nuove ricerche sull'uso del jodoformio. »

(2) « Die Verwendung », etc.

GUSSENBAUER. — **Idem.**

Anche Gussenbauer (1) fece l'elogio del jodoformio: egli lo ha adoperato in 19 grandi operazioni sulle ossa, fra cui 3 resezioni totali e 3 parziali dell'articolazione sotto-astragalica, 3 totali del cubito, 3 parziali dell'articolazione radio-carpica, del ginocchio, ecc., ed assicura che il jodoformio ha sulle piaghe una azione antisettica onnipotente, egualmente certa di quella del più rigoroso metodo Lister: con esso le granulazioni non divengono mai fungose. Sui detti 19 operati 7 guarirono definitivamente. Sintomi minacciosi di avvelenamento per jodoformio egli non ebbe mai ad osservare, quantunque in un caso di resezione sotto-astragalica abbia impiegato ben 200 grammi di jodoformio.

PIGA (di Sassari). — **Nota clinica sulla unione della medicazione alla Lister colla polvere di jodoformio.**

Egli espone di avere usato di tale unione negli ascessi freddi, in 3 osteotomie e nelle ferite, con vantaggio, vedendole farsi asettiche dopo l'aggiunta del jodoformio, mentre prima colla sola medicatura Lister erano settiche. Così pure trovò il jodoformio meglio rispondente degli altri mezzi nelle tubercolosi delle ossa e se ne giovò anche come di anestetico e di mezzo per ritardare il progresso del male in un caso di carcinoma esulcerato inoperabile di una mammella.

**Du Pansement à l'jodoforme.** (*Della medicatura col jodoformio*), par les doct. DELBASTAILLE et TROISFONTAINES. (*Rèvue de Chir.* Liège 1872, 4).

Nel loro lavoro gli Autori, assistenti del prof. Winiwarter, cercano di tenere in onore il jodoformio e di generalizzarne l'uso. Dopo una rapida esposizione storica ed alcune considerazioni sull'azione fisiologica del medicamento, essi considerano specialmente il jodoformio nelle sue applicazioni sulle ferite recenti, e, secondo essi, grazie al potere antisettico del jodoformio, è nulla in esse l'infiammazione traumatica: non vi è nè rossore, nè gonfiore, nè injezione; le secrezioni primitive sono ridotte al minimum: le parti mortificate non si decompongono ed è facilitata la riunione per prima intenzione.

Anche nelle piaghe suppuranti il jodoformio agisce come antiflogistico: non vi si osserva più alcuna reazione, e vi manca affatto nella maggioranza dei casi la febbre traumatica. Se tuttavia, dicono essi, ha luogo talora un leggier rialzo della temperatura, lo si può attribuire alla compressione delle bende dell'apparecchio.

Ma il vantaggio della applicazione del jodoformio gli Autori lo trovano specialmente nelle affezioni croniche: anch'essi hanno veduto esserne combattute molto favorevolmente le granulazioni fungose, scrofolose e tubercolose: nelle osteiti ed artriti tubercolose si può con esso

(1) « Berl. Klin. Wochenschr. », 1881, 16.

ottenere la guarigione od almeno si possono prevenire le recidive locali; e l'azione benefica del jodoformio è anche più efficace se si è già fatto lo sgusciamento o la resezione dell'osso, ed essi ne citano casi ben dimostrativi.

Al dire dei due Autori, anche Schiffer, di Liegi, raccomanda il jodoformio per insufflazione nelle ulceri laringee e ne ha tratto ottimi effetti.

Per le ferite situate in vicinanza delle cavità mucose la medicatura col jodoformio trova una indicazione capitale: essa le rende asettiche, vi impedisce la decomposizione delle secrezioni, allontana ogni cattivo odore ed ogni traccia di reazione locale. Neppure la difteria si sottrae all'azione del jodoformio, il quale ci dispiega buon effetto. Però su questo punto gli Autori sono meno affermativi che sul resto.

Anch'essi vorrebbero generalizzare la medicatura jodoformica nella chirurgia militare. Essi le associano volentieri le pratiche Listeriane.

Dopo i pregi gli Autori considerano anche gli inconvenienti della medicatura jodoformica. Il jodoformio agisce dunque come corpo straniero e ritarda perciò la riunione dei margini della ferita: ma a ciò ovviano impiegando del jodoformio perfettamente porfirizzato.

Winiwarter medica volentieri le piaghe superficiali o poco estese con una soluzione di jodoformio nella gomma arabica o collodion. Un fimosi, operato e così medicato, guarì in 3 giorni senza tumefazione del prepuzio.

Bello il caso, riferito dagli Autori, di fistola della cistifellea e dell'intestino: sutura, jodoformio, guarigione. Eguale risultato ebbe l'operazione di un ano artificiale per carcinoma dell'intestino.

Riguardo agli accidenti d'avvelenamento prodotto dal jodoformio, gli Autori li credono rari e ritengono che si possano prevenire, impiegandone solo piccole quantità ed usando a preferenza la garza jodoformica, specialmente nei ragazzi deboli.

Il jodoformio, cosperso sulle ferite, essi lo coprono con ovatta idrofila quando non associano la medicatura Listeriana, oppure se la ferita è piccola, vi mantengono il jodoformio col collodion o con una soluzione gommosa.

## 5.º — Azione topica fisiologico-terapeutica del jodoformio.

J. Mikulicz. — **Della medicatura col jodoformio.**

Ora come si spiega l'azione del jodoformio sulle ferite e sulle piaghe? Come se ne possono spiegare le proprietà cicatrizzanti? Una parte di tale azione è dovuta, secondo Féreol, oltrechè al suo stato polverulento, per il quale già giovano contro certe forme di suppurazione e di ulcerazione le così dette polveri indifferenti, quali l'osside di zinco, ecc., all'essere la polvere di jodoformio composta di piccolissimi cristalli ad angoli assai acuti. Tale disposizione dovrebbe, se-

condo Féreol, avere influenza sulle proprietà eccitanti del jodoformio. Petiteau crede invece che il jodoformio stimoli le piaghe per il jodio che contiene: e tale è pure l'opinione di Mikulicz ed anzi la generale.

Mikulicz stesso poi ha studiato, insieme con Paneth, le proprietà antisettiche del jodoformio: e per la loro importanza vengono qui riferite, quantunque in breve, le esperienze fatte dai due Autori in proposito.

Essi presero una serie di soluzioni favorevoli allo sviluppo degli organismi inferiori ed impiegarono diverse specie di liquidi fermentescibili per essere più sicuri dei loro risultati.

Presero dunque il liquido di Pasteur, una soluzione al 100° di estratto di carne, una eguale soluzione di malto (orzo germinato), una soluzione pure eguale di peptoni, presero dell'orina alcalina, del brodo e del sangue diluiti in metà acqua; e siccome il jodoformio non è che pochissimo solubile in tali liquidi, li fecero passare più volte su un filtro coperto di cristalli di jodoformio. Così essi credettero che ogni soluzione avesse disciolto il più che le fosse possibile di jodoformio, senza però averne meccanicamente trasportato. Avvenne che i diversi liquidi disciolsero quantità differenti di jodoformio, l'uno cioè molto più dell'altro.

Tutte queste soluzioni furono messe in altrettanti tubi e posti in una stufa insieme con altri tubi pieni di liquidi di riprova, cioè delle stesse sostanze, ma non impregnate di jodoformio. Il risultato fu che nelle soluzioni, che contenevano soltanto traccie di jodoformio, l'azione antisettica fu nulla, ed esse si comportarono come le soluzioni di riprova: nelle altre invece, specialmente nel sangue e nel brodo, che ne avevano disciolto una notevole quantità, si osservò un ritardo considerevole nella produzione dei funghi e nella decomposizione del liquido. Si noti inoltre che nei primi l'odore del jodoformio era scomparso già dopo poche ore, mentre nei secondi si sentiva ancora dopo 24 ore.

In queste esperienze adunque il jodoformio (senza dubbio, dice Mikuticz, per la sua piccola quantità) non dispiegò che delle proprietà antisettiche molto deboli. Fu tutt'altro in due altre serie di esperienze, nelle quali ai liquidi nutritivi, contenuti ne' tubi, si aggiunse una buona dose di jodoformio; ed ogni 12 ore essi venivano agitati. Saturati così questi liquidi, nella più parte dei medesimi (fra cui il sangue ed il brodo, che non mandarono mai altro odore che di jodoformio), non ebbe luogo lo sviluppo dei micro-organismi, e anche negli altri i micro-organismi comparvero molto tardi ed in piccolo numero. Il jodoformio dunque, dice Mikulicz (1), aggiunto in grande quantità ad un liquido alterabile, ha un potere antisettico debole, ma continuo, e sole gli manca l'efficacia antisettica e disinfettante immediata energica;

(1) « Zur Jodoformbehandlung. »

perciò esso, se è lasciato in sito poco tempo, non distrugge i funghi germoglianti, come fanno altri antisettici, per es., l'acido fenico.

L'esperienza clinica poi dimostra che, dovunque il jodoformio può restare un po' a lungo a contatto con una piaga, esso agisce con sicurezza ed energia ed ha il vantaggio sugli altri antisettici di non irritare i tessuti; ma per ciò che sopra è detto, esso non può sostituire in ogni caso gli altri antisettici energici. Così pure non è utilizzabile per la disinfezione delle mani dell'operatore, del campo operatorio, delle spugne, degli strumenti, ecc. Perciò Mikulicz dichiara, in opposizione a Mosetig, che non si può lasciare affatto da banda l'acido fenico, ed anzi consiglia di non pretermettere l'irrigazione fenica delle ferite: tentativi fatti in contrario, cioè seguendo Mosetig, nella clinica di Billroth non riuscirono a bene.

König ritiene pure doveroso l'impiego della seta e del catgut asettici.

La durata delle guarigioni per 2.ª intenzione sarebbe col jodoformio molto più corta che non cogli altri metodi, essendo esso per eccellenza cicatrizzante.

Quando le granulazioni della piaga sonosi portate a livello della pelle se la guarigione va in lungo, anche Mikulicz tralascia il jodoformio e medica la piaga o col nitrato d'argento o coll'acetato di piombo: in quest'ultimo caso si avverta che le granulazioni diventano livide e come essiccate; non si confondano colle fungosità che invece sono umide e come spugnose.

La secrezione della piaga sotto il jodoformio è scarsa assai e quasi mai purulenta, ma semplicemente siero-mucosa. Se è purulenta è segno che si è dimenticata qualche fungosità. Il jodoformio non decomposto, viene a poco a poco eliminato sotto forma di un liquido giallo, di consistenza siropposa. Gussenbauer ha però visto una volta l'incistimento del jodoformio per un certo tempo.

Sulle ferite mai vide Mikulicz spiegare il jodoformio alcuna azione nociva, nè vi si videro tener dietro complicazioni locali, all'infuori della resipola. Mosetig su 100 casi vide 3 volte la risipola e in 2 di essi, essa dipendeva da ritenzione di liquido. Ed inoltre forse la resipola viene causata, al dire di Mosetig, dal non essere stata coperta del tutto con jodoformio la piaga: oppure la resipola viene preparata prima dell'operazione. In un caso infatti era stato introdotto lo specillo nella piaga alla vigilia dell'operazione, e l'ammalato avea in quel giorno avuto febbre.

Quanto all'assorbimento del jodoformio, già qualche ora dopo la sua medicatura compare il jodio nelle orine sotto forma di joduro sodico. Compare pure nella saliva. Nell'orina poi persiste ancora per alcuni giorni dopo che sulle piaghe non vi è più jodoformio. Per ricercare il jodio nell'orina, se ne mescolano 10 centim. cubici con altrettanta colla d'amido e vi si aggiungono alcune goccie di acido nitro-solforico. Questo mette in libertà il jodio, il quale perciò compare di color bleu sotto *forma* di joduro d'amido.

Gussenbauer nega che si trovi jodio nella placenta e nel sangue della placenta delle donne medicate col jodoformio: almeno fu così in un suo caso (donna che abortì 13 giorni dopo operata, medicata col jodoformio): nell' orina del cadavere si trovava ancora il jodoformio. Se tale fatto è generale, non è a temere dell'azione del jodoformio sui feti.

Il jodoformio dà luogo qualche volta ad esantemi jodici e ad aumento del peso del corpo con bella ciera, al contrario dei joduri.

## 6.° — Modo di usare topicamente il jodoformio.

v. MOSETIG-MOORHOF e MIKULICZ. — **Scritti citati.**

La massima semplicità è il distintivo della medicatura col jodoformio: ciò che è importante è di distenderlo bene sulla piaga, la quale deve esserne bene cosparsa. Se si vuole ottenere la riunione per prima intenzione, bisogna naturalmente distendervi sopra uno strato sottilissimo di jodoformio, grosso quanto un foglio di seta gommata: alcuni però, Mikulicz, per es., fanno anche a meno di tale operazione. Se invece si ha a fare con una piaga ineguale, lo strato di jodoformio deve essere di 2-3 millim., in modo che non si veda più in alcun punto la piaga; è però perfettamente inutile e può essere anche mortale il riempiere tutta una cavità sanguinante di jodoformio. Mikulicz preferisce la polvere grossolana alla fina. In media bastano 10-20 gr. di jodoformio (prima si diceva 60-70 gr.): nei ragazzi si regola in ragione dell' età. Per metterlo sulla piaga o sulla ferita, serve una spatola od un coltello: in Germania molti chirurgi hanno uno strumento loro proprio apposito, per misurarne anche la quantità, ecc. Si tenga in mente che il jodoformio deve essere tenuto in vetro scuro, ma non violetto, perchè la luce chiara e la violetta lo scompongono.

Per introdurlo nelle fistole molto profonde Mosetig si serve di un tubo di gomma con imbuto e di un bottone di vetro, col quale spinge innanzi il medicamento.

Se si tratta di cavità profonde si ricorre anche a bastoncelli di jodoformio, cioè impastati con jodoformio e una soluzione di gomma o di gelatina o di burro di cacao (2 di burro ed 1 di jodoformio, 4 di gelatina ed 1 di jodoformio: si possono però variare tali proporzioni). Quelli di burro di cacao si preferiscono per i condotti rettilinei, quelli di gelatina nei tortuosi. Si possono usare anche le injezioni di jodoformio.

Se si ha a fare con tragitti callosi, si usa una soluzione eterea di jodoformio (1 di jodoformio e 5 di etere). Mikulicz usa pure tale soluzione per iniezioni intra-parenchimatose nelle articolazioni fungose recenti, quando cioè non vi è ancora rammollimento (mezza siringa per volta); ed in un caso osservò miglioramento dopo 4 di tali injezioni: egli le ripete 2 volte per settimana per 1-2 mesi. Si possono usare anche le iniezioni di emulsione di jodoformio, preparata sia coll' olio di ricino, che con quello di mandorle che con glicerina: le emulsioni oleose

a 1|2 sono fluidissime. Mikulicz fa preparare le emulsioni nella glicerina a questo modo:

Jodoformio grammi 50.
Si trituri in 40 gr. di glicerina.
Acqua distillata gr. 10.
Gomma adragante gr. 0,30, fate emulsione.

Anche tale emulsione si usa per injezioni intra-parenchimatose: Mosetig la usò nel gozzo e nei linfomi fungosi ed iperplastici. Anzi Winiwarter la preferisce alla soluzione eterea perchè non irrita: egli la fa preparare così:

Jodoformio, acqua distill., glicerina, ana gr. 10.
Gomma arabica, q. b. per fare emulsione.

Siccome le injezioni intra-parenchimatose esigono molta forza, è meglio farle con una siringa speciale, in cui lo stantufo viene spinto innanzi a vite.

Mikulicz usa pure le injezioni nella cavità nasale, nella vescica, e nelle cavità degli ascessi, del jodoformio in sospensione: jodoformio grammi 10, olio olivo e glicerina, ana gr. 40, si agiti.

Nelle pomate il jodoformio si impiega nella dose di $^1/_{10}$-$^1/_{20}$. Tali pomate si deodorano coll'aggiunta dell'olio essenziale di menta, di lavanda. O. Petersen deodora il jodoformio aggiungendo ad ogni 30 grammi del medesimo una goccia di tintura di muschio (1). Mikulicz adopera perciò una goccia di olio essenziale di bergamotta per 10 grammi di jodoformio. Mosetig (2) comunicò il 9 giugno 1881 alla Società Imperiale reale di Vienna che la deodorazione del jodoformio si ottiene benissimo immedesimando una fava di Tonka a 300 gr. di jodoformio, oppure aggiungendo a 100 gr. di jodoformio una goccia di estratto etereo od alcoolico della detta fava.

Mikulicz si loda del collodion jodoformiato di Molleschott (1 di jodoformio su 15 di collodion) nei linfomi.

Trattandosi di ferite, Mikulicz assicura bene l'emostasi prima di medicare, ed adopera il catgut per la legatura delle arterie. Invece Mosetig ama fare la medicatura durante l'ischemia artificiale, lasciando poi in posizione rialzata la parte operata. A dimostrare l'inutilità delle lavature feniche, Mosetig cita il caso di Hoffmann (3) di un ragazzo ammalato da 6 mesi ed affetto da empiema con fistola. Aveva febbre ed era molto abbattuto. Resezione della 5.ª costa per un pollice. Raschiatura delle pareti della cavità coll'unghie e col cucchiajo tagliente con

---

(1) « Ein Mittel den Geruch des Jodoform zu versetzen. » « (St. Petersburg med. Wochenschr. » 1881, 11).

(2) « Wien. medic. Wochenschr. » 1881, 25).

(3) « Berlin. klin. Wochenschr. » 1881, 45.

estrazione di grandi lembi di tessuto. Forte emorragia: l'operatore versa 30 gr. di jodoformio nella cavità pleurica; non mette tubi fognatori; applica l'ovatta salicilata e una fasciatura. Assenza di febbre; guarigione in un mese. Anche Billroth, estirpato un tumore dal piccolo bacino, vi intromise del jodoformio e chiuse la cavità; nessuna irritazione peritoneale e decorso regolare.

Nelle amputazioni sottoperiostee si raccomanda di projettare la polvere di jodoformio nella cavità midollare, che poi viene ricoperta del lembo periosteo.

Nelle resezioni osteoplastiche le superficie di sezione della pelle si cospergono leggiermente si mettono a contatto e si uniscono. Nella estirpazione dei tumori si ricopre di jodoformio il fondo della piaga, al pari dei lembi cutanei alla loro parte interna e si mettono poi a mutuo contatto.

La guarigione delle ossa nelle resezioni osteoplastiche e nelle amputazioni, praticate da Mosetig, ebbe sempre luogo senza necrosi: Mosetig perciò dà torto a Falkston, che sostiene che il jodoformio non deve adoperarsi nella resezione del ginocchio col processo di Volkmann.

Così pure dal jodoformio è favorita la guarigione per prima intenzione delle superficie segate.

In generale sulle ossa si dispone uno strato piuttosto grosso di jodoformio ( 1|2 centim. per esempio ). La cavità dell'osso si tura con garza jodoformica. Questa venne prima sperimentata nella clinica di Billroth e la si prepara mettendo un pezzo di garza in un bacino disinfettato con una soluzione fenica al 5 0|0, coprendola copiosamente con jodoformio e manipolandola ben bene colle dita disinfettate: si leva poi la garza dal bacino e la si scuote per farne cadere la polvere non intrattenuta; ed ecco che è bell'e preparata la garza jodoformica. Essa contiene dal 10 al 20 0|0 di jodoformio ed è applicabile dovunque come mezzo occlusivo. Se si deve applicare in cavità, che danno molto liquido (la bocca, il retto, per es.), nelle quali la medicatura fenica non riesce quasi mai a mantenere asettica la piaga, è bene che essa contenga maggiore quantità di jodoformio; e Mikulicz impiega una garza già raccomandata da Bruns, e impregnata di 4 parti di colofonia, 1 di jodoformio e 20 l'alcool. Dopo disseccata, vi si incorpora il jodoformio come sopra; ed essa allora può contenerne fin il 30-50 0|0.

Lo strato d'ovatta sgrassata o di juta o di qualunque corpo assorbente, che si soprappone alla medicatura jodoformica deve essere almeno grossa 2 dita trasverse, perchè la medicatura si possa lasciare in posto un po' di tempo. Così pure il tessuto impermeabile che si mette al disopra (mackintosch, tela cerata, guttapercha) deve sporgere due dita traverse circa dal resto della medicatura.

Siccome il jodoformio è antizimotico e perciò molto più attivo dell'acido fenico, che è solo antisettico, così la setticità della piaga colla medicatura jodoformica non può avverarsi che quando sia decomposto

tutto il jodoformio adoperato. Quando ciò succede è tempo di rinnovare l'applicazione del jodoformio su tutta la piaga, non dovendosi mai rimettere jodoformio se non ce ne è bisogno, cioè se la piaga non è in qualche punto scoperta di jodoformio.

La sensazione di prurito e di bruciore che prova il medicato, indica lo sviluppo di un eritema o di un eczema sotto la medicatura, per mancanza d'aria e per troppa umidità.

Mosetig dice che è inutile lavar la piaga e la ferita: basta asciugarla con dell'ovatta: la pelle circostante si lava con un filo d'acqua.

I tubi da fognatura, riempiuti di jodoformio, sono levati ad ogni medicatura, nettati e rimessi o smessi secondo i casi.

Le medicature successive sono come la prima, salvo la jodoformizzazione, che si ripete solo, come si è detto, se manca jodoformio su qualche punto della soluzione di continuità.

Se la pelle circostante è molto irritata, si userà una pomata di borace o di vaselina.

Th. Görges. — **Zur Jodoformbehandlung**. (*Della medicatura col jodoformio*). In: *Centr. f. Chir.* 1882, 10.

Nell'ospedale Augusta di Berlino le ferite recenti piccole, ed anche le grandi che non possono venir curate con una medicatura compressiva, si trattano a questo modo. Si pulisce e si disinfetta la ferita, se ne arresta completamente lo stillicidio di sangue, la si cucisce e poi si pennella più volte con una soluzione di jodoformio nel collodion (al 10 0[0), finchè tale collodion vi forma sopra una soda e forte pellicola. I punti di sutura si lasciano in posto 8-10 giorni od anche più e si ottiene la guarigione per prima intenzione senza eccezione senzachè mai le ferite diano marcia. Tale metodo venne finora adoperato dopo la resezione della mascella, dopo l'estirpazione di piccoli tumori, come ateromi, lipomi, ecc., in vicinanza degli organi sessuali femminili, dell'ano, degli occhi, ecc., ed anche dopo la tracheotomia per difterite. In quest'ultimo caso la pennellatura si ripetè ogni giorno, allontanando la crosta vecchia e coprendo la ferite con una pezzuola asciutta per togliere la compressione della cannula. Così venne fatto in 25 tracheotomie, di cui 22 per difterite; e mai si videro i labbri della ferita farsi flemmonosi.

L'Autore però non si dimostra gran fatto partigiano della medicatura jodoformica, della quale ha visto gli inconvenienti della resipola e dell'avvelenamento e specialmente dove desidera la guarigione per prima intenzione preferisce la medicatura Lister.

Leisrink. — **Zur Wundbehandlung mit der Jodoformgaze**. (*Della cura delle ferite colla garza jodoformica*). In: *Berl. Klin. Wochenschr.* 1882, 16 e *Cent. f. Chir.* 1882, 22.

L'Autore è partigiano discreto del jodoformio; egli non lo sparge

sulle ferite recenti, che unisce per prima intenzione, come pure su quelle non tubercolose, che lascia aperte; si accontenta di applicarvi sopra 6-8 strati di garza jodoformica. Nell' altro suo scritto, sottoesaminato, dichiara bastare 2 strati della sua nuova garza per conservare asettica la ferita. Nelle ferite cavitarie non applica che la garza jodoformica; nelle tubercolose non adopera più di 8 gr. di jodoformio in polvere. Egli combina colla medicatura jodoformica tutte le pratiche antisettiche, eccetto la polverizzazione.

Due persone ammalate nelle facoltà mentali non risentirono dal joroformio speciali effetti.

IDEM. — **Ein Jahr Wundbehandlung mit dem Jodoform.** (*Una annata di cura delle ferite col jodoformio*). In: *Centr. für Chir.*, 1882, 35).

Dai primi di luglio 1881 ai primi di luglio 1882 l' Autore curò col jodoformio 450 ammalati di chirurgia, e ai medesimi fece 300 operazioni incirca. Ne morirono 17, cioè il 3 $^7/_9$ per 100. Di questi uno, operato di resezione al cotile morì, nè sa bene l' Autore decidere se per esaurimento o per avvelenamento jodoformico.

Per setticemia gli morirono 5 ammalati; ma tutti cinque, già prima di essere ricoverati nell'ospedale, erano infetti setticamente.

Altri 15 ammalati gli morirono per esaurimento e per affezione renale secondaria.

Non ebbe ad osservare casi di piemia, nè di resipola insorta in sala, quantunque dall'esterno vi giungessero degli ammalati gravi con resipole.

L'ammalato più giovane, trattato col jodoformio, avea 7 mesi, il più vecchio 90 anni.

Non osservò casi di avvelenamento jodoformico di leggier grado.

67 operazioni furono fatte sulle ossa e sulle articolazioni, 41 in bocca, vagina e retto.

Operò 55 tumori: praticò 6 erniotomie (facendo insieme la cura radicale dell'ernia) incise 2 volte l'articolazione del ginocchio e la fognò.

Delle resezioni 8 furono fatte alla spalla (guarite in 20 giorni), 10 al cubito (tutte guarite in media in 5 settimane), 1 alla mano (ancora in cura), 10 al cotile (di esse 8 guarirono in media in 20 giorni, 1 andò a morte, come sopra è detto, ed 1 fu dimesso con fistola), 4 all'articolazione del ginocchio (guariti), 6 a quella del piede (5 guarite, l'altra in cura).

L' Autore dichiara che guarisce con una sola medicatura jodoformica tutte le ferite che sono capaci di guarire per prima intenzione, e che col jodoformio è pienamente al sicuro della sepsi. Egli adopera la garza preparatagli dal farmacista dott. Mielek, la quale contiene il 60 0|0 del suo peso di jodoformio. Questo vi si trova così sodamente incorporato che nè coi lunghi trasporti, nè colle scosse nè

viene distaccato. Siccome il jodoformio di questa garza viene solo gradatamente disciolto nella ferita, il pericolo dell' intossicazione è quasi rimosso. L' Autore raccomanda caldamente questa garza. Egli ha fatto preparare allo stesso farmacista dei tubi da fognatura per i seni fistolosi, ai quali tubi sta aderente del jodoformio nella proporzione del 40 al 50 0[0 del peso totale. Con questi tubi non vi è più il pericolo, che vi era coi bastoncini di jodoformio, che venissero ritenuti gli umori separati entro i detti seni.

H. Helferich. — **Ueber das Jodoform als Verbandmittel.** (*Del jodoformio qual mezzo di medicatura*). (*Bajerisch. ärztl. Intelligenzbl.* 1882, 12-20 e *Centr. f. Chir.* 1882, 33).

Egli ne usa di solito piccole quantità e preferisce la garza jodoformica. Alla polvere di jodoformio mescola sempre quella di acido borico e combina il jodoformio col sistema Lister. Nel 1881 lo impiegò in 300 casi e se ne loda grandemente, specialmente per l'ambulanza.

## 7.° — Il jodoformio nella chirurgia bellica.

J. Mundy. — **Das Jodoform als erster Verband im Kriege.** (*Del jodoformio quale mezzo di prima medicatura in guerra*). (*Berlin. klin. Wochenschr.* 1882, 14 e *Centr. f. Chir.* 1882, 29).

L' Autore fa del jodoformio le più ampie lodi e dice che la resipola è rarissima nei medicati col medesimo, e dice anche che si può per tal modo trascurare la minuta pulizia della piaga.

**Discussione sul jodoformio nella Società dei chirurghi militari tedescai a Berlino.**

Una discussione abbastanza viva sulla medicatura jodoformica ebbe luogo nella Società dei chirurghi militari tedeschi a Berlino nelle adunanze del 21 marzo e del 21 aprile 1882. (V. *Deutsch. milit. Zeitschr.* 1882, luglio), nell'occasione di diverse osservazioni presentate dal dottor Wolf, fra le altre, quella di un caso di empiema guarito col jodoformio, malgrado alcuni sintomi di intossicazione (delirio, agitazione, ecc.).

In detta discussione, Starck dichiarò di non credere alla possibilità dell'applicazione del jodoformio e delle medicature con polvere, in genere, sul campo di battaglia, perchè lo scolo del sangue e l'abbondanza delle secrezioni impediscono la formazione dello strato protettore richiesto. D'altronde egli stesso osservò gravi inconvenienti colla medicatura jodoformica.

Invece il medico generale Schubert lo impiega a larga mano senza inconvenienti.

Thilo ne vide al contrario derivare ascessi, agendo il jodoformio da corpo straniero. Gli riconosce però la proprietà, attribuitagli da Bar-

deleben, di arrestare le emorragie, provocando la chiusura dei piccoli vasi delle ferite da amputazione per esempio, vantaggio che non gode nessun altro antisettico.

## 8.° — Il jodoformio in Ginecologia.

Leo Levschin. — **Zur Jodoformbehandlung bei Ovariotomien.** (*Del jodoformio nelle ovariotomie*). (*Centr. für Chir.* 1882, 2).

L'Autore, Prof. di chirurgia nell'Università di Kasan, ha introdotto tale medicatura solo dal settembre 1881, al principiare cioè delle scuole in quella Università, e in 4 mesi aveva già fatto 4 ovariotomie, 3 per cistoma proliferante ed 1 per cisti dermoide.

L'esportazione di uno dei detti cistomi riuscì molto difficile per le molte e sode aderenze che aveva, e un po' del contenuto della cisti penetrò nel cavo peritoneale. Si lavò ed asciugò il peritoneo con spugne carbolizzate e vi si cosperse molto jodoformio.

L'Autore non ebbe mai ad osservare fenomeni di avvelenamento in queste 4 operate e neanche in altre 17 grandi operazioni che nomina. Non misurò la quantità di jodoformio adoperato; ma dal modo con cui descrive la medicatura, che è press' a poco come quella di Mikulicz, deve essere stata assai abbondante.

In 3 delle ovariotomie il decorso fu affatto senza reazione ed afebbrile e la ferita guarì tosto sotto una sola medicatura in 16, 17 e 20 giorni. La 4.ª operata trovavasi ancora in cura per parametrite 32 giorni giorni dopo operata, al momento che l'Autore scriveva quest'articolo.

L'Autore poi è disposto a ritenere che fosse dovuta all'azione del jodoformio l'emorragia secondaria, osservata in 2 degli altri 17 operati 2 giorni dopo l'operazione, mancandone ogni altra causa apprezzabile.

Per economia, negli ambulanti, sopra il jodoformio non mette che una semplice medicatura asciutta e talora anche mescola del borace al jodoformio.

## 9.° — Il jodoformio in ostetricia.

Dott. J. Mann (di Buda-Pest). — **Jodoform in Wochenbett.** (*Il jodoformio nella cura delle donne in puerperio*). (*Centr. f. Gynäkologie*, 1882, 7).

In questo scritto l'Autore espone i risultati della pratica dell'ostetrico prof. Kezmarszky, il quale impiega il jodoformio in polvere (dopo averlo spogliato del suo odore colla fava di Tonka) sulle ulceri della vulva e della vagina, che si possono avere dopo il parto. Lo applicò pure in 18 casi di ragadi della mammella; e la guarigione sarebbe stata più rapida che cogli altri metodi di cura. Se ne è servito pure nella cura delle ulcerazioni cancerose dell'utero, le quali, così curate, perdettero il cattivo odore in 1-3 giorni. In tutti i casi le piaghe

restarono assolutamente asettiche e solo per eccezione si osservò una elevazione di temperatura nei primi giorni dopo il parto.

G. Bayer. — **Ueber Jodoformgebrauch in Wochenbett.** (*Dell'uso del jodoformio nel puerperio*). (*Centr. f. Gynäkol.* 1882, 10).

In opposizione a Mann, Bayer non crede alla possibilità di mantenere asettiche col jodoformio le piaghe della vagina dopo il parto per lo scolo dei lochi e crede che nei casi di Mann l'azione principale fosse dovuta alle lavature feniche praticate. Dal resto egli mette allo stesso livello l'azione antisettica dell'acido salicilico e del jodoformio; preferisce però quello perchè non ha inconvenienti, all'infuori dei dolori che durano a lungo dopo la sua spolverazione.

A. Schücking. — **Ueber Jodoformbehandlung und permanente Irrigation.** (*Della cura col jodoformio e della irrigazione permanente*). (*Centr. f. Gynaekol.* e *Centr. f. Chir.* 1882, 22).

L'Autore ha ottenuto buoni risultati col jodoformio, ma non vuol però pretermettere le irrigazioni permanenti, specialmente nelle lesioni dell'utero, dove il jodoformio non può giungere.

## 10.° — Il jodoformio nell'Odontojatria.

Hagelberg (di Berlino). — **Del jodoformio nella carie dentaria.** (*Berl. klin. Wochenschr.* 1882).

L'Autore ha fatto entrare il jodoformio nella pratica dell'odontojatria. Se ne serve sia allo stato di polvere che in quello di soluzione eterea. Egli cauterizza con esso la polpa dentaria, dopo avere sbarazzate le parti cariate e riempie poi la cavità del dente con guttaperche. Si loda di tale pratica e crede che il jodoformio rimpiazzerà l'arsenico nell'esercizio della sua arte.

## 11.° — Il jodoformio nelle operazioni fatte nella cavità della bocca.

H. Schmid. — **Zur Nachbehandlung der Nekrotomien mit antiseptischem Pulver.** (*Cura consecutiva alle nevrotomie con polvere*). )*Centr. f. Chir.* 1882, 1).

Riferendosi alle necrotomie eseguite nell'ospedale Augusta a Berlino dal prof. Küster, del quale egli è assistente, l'Autore non crede che il jodoformio debba essere preferito all'acido salicilico se non nelle operazioni eseguite nella cavità della bocca, dove l'acido salicilico riesce irritante e produce tosse e starnuto. Negli altri casi l'acido salicilico, fornito di azione antisettica eguale a quella del jodoformio, vuol essere preferito a questo, perchè costa meno ed è senza pericolo.

Wölfler. — **Wundbehandlung in Munde.** (*La medicatura delle ferite della bocca*). (*Arch. f. Klin. Chir.* 1882. Bd. XXVII, Hft. 2).

Idem. — **Ueber die Anwendung des Jodoforms in der Mundhöle.** (*Dell'impiego del jodoformio nella cavità boccale*). (*Cent. für Chir.* 1881, 48).

Riferisce l'Autore 17 operazioni fatte in bocca e tutte guarite colla medicatura jodoformica.

Ciò che però è più interessante è la relazione delle esperienze, condotte dall'Autore in unione con J. Paneth.

Essi injettarono a dei conigli nella trachea varie sostanze, indifferenti le une (vino, latte, sangue fresco, orina appena emessa), altre chimicamente irritanti (acido carbolico, cloruro di ferro), ed altre settiche.

Di queste alcune erano state trattate prima a lungo col jodoformio, ed altre no. L'iniezione delle sostanze indifferenti non produsse nessuna infiammazione polmonare. Invece l'injezione delle sostanze irritanti eccitò focolaj di infiammazione circoscritte ed anche di interi lobi polmonari. L'injezione di saliva, anche torbida, non produsse nessun effetto. Di 16 iniezioni di siero di sangue putrefatto, 15 diedero origine ad alterazioni polmonari estese con necrosi e le parti necrotiche contenevano batterii. Invece di sei animali a cui era stata fatta una iniezione di siero di sangue putrefatto e contenente micro-organismi, al quale era stato aggiunto del jodoformio, 5 non ne patirono punto; l'altro morì al 4.° giorno senza causa apprezzabile. Gli altri 5 animali furono dopo 2-4 giorni uccisi e trovati sanissimi. Si vede dunque che il jodoformio si trovò in grado di impedire la polmonite settica.

## 12.° — Il jodoformio inspirato.

Th. Aschenbrandt. — **Pneumonie nach Einathmung von Jodoform. Aus dem Pharmakologischen Institut zu Würzburg.** (*Polmonite da inspirazione di jodoformio*). (*Deutsch. medic. Wochenschr.* 1882, 8 e *Centr. f. Chir.* 1882, 16).

In 3 gatti operati nel collo e medicati con jodoformio l'Autore osservò lo sviluppo di polmonite letale; fatto questo da lui non osservato in altri animali operati pure sul collo (per estirpazione delle parotidi o delle glandole sottomascellari) e non medicati col jodoformio. Attribuisce egli tali polmoniti all'essersi introdotti, insieme coll'aria nei polmoni, dei vapori di jodoformio. Volle perciò fare anche una esperienza e fatto stare un gatto sotto una campana di vetro, dove vi erano dei vapori di jodoformio, lo uccise e trovò congestione polmonare, e delle particelle di jodoformio nell'umore tracheo-bronchiale.

(In questo caso dunque pare che il jodoformio abbia agito meccanicamente irritando, mentre nelle esperienze di Wölfler il jodoformio per essere disciolto nel liquido fece sentire soltanto la sua azione antisettica. *Il Rel.*).

restarono assolutamente asettiche e solo per eccezione si osservò una elevazione di temperatura nei primi giorni dopo il parto.

G. BAYER. — **Ueber Jodoformgebrauch in Wochenbett.** (*Dell'uso del jodoformio nel puerperio*). (*Centr. f. Gynäkol.* 1882, 10).

In opposizione a Mann, Bayer non crede alla possibilità di mantenere asettiche col jodoformio le piaghe della vagina dopo il parto per lo scolo dei lochi e crede che nei casi di Mann l'azione principale fosse dovuta alle lavature feniche praticate. Dal resto egli mette allo stesso livello l'azione antisettica dell'acido salicilico e del jodoformio; preferisce però quello perchè non ha inconvenienti, all'infuori dei dolori che durano a lungo dopo la sua spolverazione.

A. SCHÜCKING. — **Ueber Jodoformbehandlung und permanente Irrigation.** (*Della cura col jodoformio e della irrigazione permanente*). (*Centr. f. Gynaekol.* e *Centr. f. Chir.* 1882, 22).

L'Autore ha ottenuto buoni risultati col jodoformio, ma non vuol però pretermettere le irrigazioni permanenti, specialmente nelle lesioni dell'utero, dove il jodoformio non può giungere.

### 10.° — Il jodoformio nell'Odontojatria.

HAGELBERG (di Berlino). — **Del jodoformio nella carie dentaria.** (*Berl. klin. Wochenschr.* 1882).

L'Autore ha fatto entrare il jodoformio nella pratica dell'odontojatria. Se ne serve sia allo stato di polvere che in quello di soluzione eterea. Egli cauterizza con esso la polpa dentaria, dopo avere sbarazzate le parti cariate e riempie poi la cavità del dente con guttaperchа. Si loda di tale pratica e crede che il jodoformio rimpiazzerà l'arsenico nell'esercizio della sua arte.

### 11.° — Il jodoformio nelle operazioni fatte nella cavità della bocca.

H. SCHMID. — **Zur Nachbehandlung der Nekrotomien mit antiseptischem Pulver.** (*Cura consecutiva alle nevrotomie con polvere*). )*Centr. f. Chir.* 1882, 1).

Riferendosi alle necrotomie eseguite nell'ospedale Augusta a Berlino dal prof. Küster, del quale egli è assistente, l'Autore non crede che il jodoformio debba essere preferito all'acido salicilico se non nelle operazioni eseguite nella cavità della bocca, dove l'acido salicilico riesce irritante e produce tosse e starnuto. Negli altri casi l'acido salicilico, fornito di azione antisettica eguale a quella del jodoformio, vuol essere preferito a questo, perchè costa meno ed è senza pericolo.

WÖLFLER. — **Wundbehandlung in Munde.** (*La medicatura delle ferite della bocca*). (*Arch. f. Klin. Chir.* 1882. Bd. XXVII, Hft. 2).

IDEM. — **Ueber die Anwendung des Jodoforms in der Mundhöle.** (*Dell'impiego del jodoformio nella cavità boccale*). (*Cent. für Chir.* 1881, 48).

Riferisce l'Autore 17 operazioni fatte in bocca e tutte guarite colla medicatura jodoformica.

Ciò che però è più interessante è la relazione delle esperienze, condotte dall'Autore in unione con J. Paneth.

Essi injettarono a dei conigli nella trachea varie sostanze, indifferenti le une (vino, latte, sangue fresco, orina appena emessa), altre chimicamente irritanti (acido carbolico, cloruro di ferro), ed altre settiche.

Di queste alcune erano state trattate prima a lungo col jodoformio, ed altre no. L'iniezione delle sostanze indifferenti non produsse nessuna infiammazione polmonare. Invece l'injezione delle sostanze irritanti eccitò focolaj di infiammazione circoscritte ed anche di interi lobi polmonari. L'injezione di saliva, anche torbida, non produsse nessun effetto. Di 16 iniezioni di siero di sangue putrefatto, 15 diedero origine ad alterazioni polmonari estese con necrosi, e le parti necrotiche contenevano batterii. Invece di sei animali a cui era stata fatta una iniezione di siero di sangue putrefatto e contenente micro-organismi, al quale era stato aggiunto del jodoformio, 5 non ne patirono punto; l'altro morì al 4.° giorno senza causa apprezzabile. Gli altri 5 animali furono dopo 2-4 giorni uccisi e trovati sanissimi. Si vede dunque che il jodoformio si trovò in grado di impedire la polmonite settica.

## 12.° — Il jodoformio inspirato.

TH. ASCHENBRANDT. — **Pneumonie nach Einathmung von Jodoform. Aus dem Pharmakologischen Institut zu Würzburg.** (*Polmonite da inspirazione di jodoformio*). (*Deutsch. medic. Wochenschr.* 1882, 8 e *Centr. f. Chir.* 1882, 16).

In 3 gatti operati nel collo e medicati con jodoformio l'Autore osservò lo sviluppo di polmonite letale; fatto questo da lui non osservato in altri animali operati pure sul collo (per estirpazione delle parotidi o delle glandole sottomascellari) e non medicati col jodoformio. Attribuisce egli tali polmoniti all'essersi introdotti, insieme coll'aria nei polmoni, dei vapori di jodoformio. Volle perciò fare anche una esperienza e fatto stare un gatto sotto una campana di vetro, dove vi erano dei vapori di jodoformio, lo uccise e trovò congestione polmonare, e delle particelle di jodoformio nell'umore tracheo-bronchiale.

(In questo caso dunque pare che il jodoformio abbia agito meccanicamente irritando, mentre nelle esperienze di Wölfler il jodoformio per essere disciolto nel liquido fece sentire soltanto la sua azione antisettica. *Il Rel.*).

fu, si volle ritentare il jodoformio, ma la sua idiosincrasia a questo rimedio scattò ancora dopo pochi giorni, avendo il ragazzo presentato i sintomi esposti nel 2.° paragrafo. Naturalmente non si parlò più di jodoformio, la cui azione anche questa seconda volta scomparve. L'Autore osservò un 3.° caso somigliante in un ragazzo operato di resezione al ginocchio: i genitori del ragazzo lo vollero portare a casa loro e l'Autore non ne seppe più nulla. Fu questo anzi il 1.° caso che fece balenare all'Autore l'idea dell'avvelenamento jodoformico.

Negli adulti l'Autore osservò due volte una confusione di mente, che ad adagio adagio cessò col non usare più jodoformio. Si trattava nei due casi di un moncone d'amputazione conico, granulante e di una superficie granulante grande come la mano, dopo l'amputazione della mammella.

Un assistente dell'Autore ha osservato il caso di una vecchia e distinta signora, operata di erniotomia, a cui fu medicata e riempiuta di jodoformio la ferita. In principio tutto andava bene poi d'improvviso la operata ebbe ingarbugliamento della mente, scambiava le persone, cantava di continuo, aveva impossibilità di deglutire e morì. Non ne fu fatta la sezione.

Più frequenti sono le forme psichiche, le quali si mostrano o con sintomi di agitazione mentale, di mania di persecuzione (che talora finisce col suicidio), o con quelli della depressione come melancolia profonda, onde che nulla può più scuotere gli infelici, i quali muojono di inanizione per rifiuto di cibo. L'Autore ha visto 2 casi della prima forma e 3 della seconda: in uno di questi ultimi vi era anche confusione di mente.

L'Autore pertanto ha ora limitato grandemente l'uso della polvere di jodoformio e con essa non riempie più le ferite recenti estese, perchè se sopravviene l'avvelenamento, non si può prontamente ed intieramente tuglierne il jodoformio e solo crede che si possa esso usare quando vi si è formata sopra la crosta. Nelle piaghe granulanti il pericolo è minore d'assai: però possono succedere avvelenamenti pericolosi anche da piccole piaghe: così egli ha osservato un caso di alterazione mentale dopo una amputazione sopra-veginale della cervice dell'utero e un altro dopo la frattura di una gamba con scopertura di osso.

La garza jodoformica invece è senza pericolo; e l'Autore non usa oramai che questa quando vuole medicare col jodoformio. Dai chiodetti di gelatina jodoformiati, che nelle fistole sono tanto utili, egli non vide derivare che effetti generali leggieri, che tosto scomparivano.

L'Autore poi crede che a prevenire la resipola il jodoformio valga meno dell'acido fenico o d'altro antisettico: ed egli infatti ne ha avuto alcuni casi gravissimi colla medicatura di polvere di jodoformio in ferite superficiali e belle. Fra essi ce ne fu uno mortale, che presentò anche numerosi ascessi metastatici, mentre dal 1872 non ne aveva più avuto.

Sarebbe stato importante che l'Autore avesse indicato il numero dei varii gruppi di avvelenamenti osservati: dalla proporzione loro col numero dei malati che fecero uso di jodoformio si sarebbero potute trarre utili cognizioni.

HOEFTMANN. — **Jodoformintoxication.** (*Avvelenamento per jodofomio*). *Centr. f. Chir.* 1882, 7).

L'Autore espone due casi di avvelenamento letale per mania acuta osservati nella clinica chirurgica di Konisberg del prof. Schönborn in seguito a medicatura col jodoformio.

In uno si trattava di una donna di 40 anni, operata per cancro alla mammella e medicata la prima volta con 30 gr. di jodoformio, a cui era stato soprapposto un apparecchio alla Lister. Già nelle prime 24 ore essa presentò un certo malessere e l'indomani le orine contenevano dell'acido fenico e del jodio; erano insorti dei sintomi psichici inquietanti, agitazione, delirio, sì che l'ammalata gridava, strappavasi la medicatura, rifiutava ogni cibo. Aveva inoltre ritenzione d'orina e senza mai riprendere la ragione, morì al 9.° giorno per esaurimento. Non era valso il rinnovare al 2.° giorno la medicatura senza jodoformio, e la morfina aveva avuto un effetto calmante passaggiero. Non venne fatta l'autopsia.

Il 2.° caso si riferisce ad una donna della stessa età, operata di ovariotomia, alla quale furono messi sulla ferita peritoneale 20 gr. di jodoformio porfirizzato. Un'ora dopo l'ammalata cadde in collasso, se sopravvenne la febbre, il delirio, la dispnea, il vomito, la sonnolenza: l'orina era carbolica, il polso debolissimo e la donna morì al 3.° giorno. All'autopsia si trovarono traccie di peritonite e il jodoformio ricopriva porzioni d'intestino e la base del tumore lasciata in posto.

Altri casi d'avvelenamento per jodoformio, anche leggieri, non furono mai osservati dall'Autore nei più che 1000 ammalati d'ogni età e costituzione medicati copiosamente con tal mezzo. In tutti fu sempre adoperato il jodoformio cristallino non polverato ad eccezione dei due casi soprammentovati. Tale circostanza (dello stato grossolano del jodoformio adoperato) ha forse influenza sull'avvelenamento? Si sarebbe tentati a crederlo, ma König fra i molti casi letali raccolti, di cui sarà detto in seguito, ne trovò parecchi nei quali il jodoformio adoperato era in grossi cristalli. Però quando si era adoperata la polvere fina, essa si trovò penetrata nei tessuti. È anche da sapersi che in alcuni casi di avvelenamento il jodoformio impiegato era stato preparato e riconosciuto per puro da esperti chimici.

F. KÖNIG. — **Die giftigen Wirkungen des Jodoforms als Folge der Andwendung desselben an Wunden.** (*Gli effetti velenosi del jodoformio in conseguenza del suo uso nelle ferite*). (*Centr. für Chir.* 1882, 7, 8, 17 e 22).

Coll'ajuto dei materiali favoritigli dai colleghi, l'Autore ha fatto un

lavoro complessivo ed ha potuto raccogliere ben 49 casi di avvelenamento per jodoformio (27 uomini e 22 donne) ed ha trovato che l'età agisce qual causa predisponente, essendo al di là dei 50 anni che tali accidenti sono più a temersi: così pure la debolezza generale, ed i disturbi cardiaci rendono mal sopportabile la medicatura con jodoformio. Perchè succedano disordini in seguito a tale medicatura bisogna in generale che sieno impiegati più di 10 grammi del medicamento, quantunque ne sieno insorti anche dopo un sol grammo. Del resto in alcuni casi ne vennero applicati fin 100 e più gr.; di solito fu la polvere che riuscì nociva; però alcune volte riuscirono tali anche i chiodetti jodoformiati.

Tali effetti sono o tardivi od immediati (insorsero fino 14 giorni dopo) e la loro durata varia fra un giorno e più settimane: così un ragazzo di 5 anni restò per 6 settimane in uno stato semicomatoso in seguito all'impiego tossico di 60 gr, di jodoformio in un ascesso. La memoria poi può restare a lungo offesa. Nei ragazzi i fenomeni d'avvelenamento osservati confinano colla meningite, ma sono in generale meno pericolosi.

L'agitazione jodoformica, nei casi da König raccolti, resistè all'amministrazione del cloralio e della morfina, e i disturbi nervosi e psichici, le allucinazioni, ecc., lungo la notte s'aggravarono.

König fa tre gruppi dei suoi casi d'avvelenamento per jodoformio, cioè li distingue in leggieri, gravi ma che guarirono, ed in mortali: per i ragazzi stabilisce una sezione a parte.

I leggieri furono 18 e presentarono dei fenomeni morbosi psichici come confusione d'idee, delirio, smemorataggine, pianto, cefalea, perdita dell'appetito, vomito, inquietudine, ansietà, insonnia, melanconia, polso frequente, orine scarse e jodiche.

I casi gravi, ma che guarirono, o se morirono, ciò fu per altre cause e non pel jodoformio, furono 11 e presentarono delirio con accessi furiosi, perdita della coscienza, rifiuto del cibo, inquietudine, allucinazioni, voglia di gettarsi dalla finestra e di lacerare le coperture, tetania dei muscoli degli arti, profusi sudori, perdita involontaria dell'orina e delle feccie, polso piccolo e molto frequente, irregolare, respiro affannoso ed in un caso esantema scarlattinoso. Nel delirio quasi tutti questi avvelenati vedono cani, gatti ed altri animali.

I casi di morte si avvennero pure dopo fenomeni cerebrali e furono 11, lasciando da parte i ragazzi. In 2 di essi forse la morte è attribuibile però ad altro all'infuori del jodoformio. Essi presentarono inoltre depressione cardiaca, rifiuto del cibo, inquietudine, cefalalgia, collasso, sopore, polso frequente, orina contenente jodio ed albumina; pochi ebbero febbre.

I casi di avvelenamento osservati nei ragazzi e giovinetti (uno avea 18 anni) furono 7, e 5 mortali. Le dosi di jodoformio adoperate in questi ragazzi in una sola volta furono grandi (10-15-20-30-60 gr.), e lo si

capisce essendo essi stati precedentemente sottoposti a vaste resezioni ossee. In essi, oltre ai fenomeni osservati negli adulti, si osservò l'apatia e il coma più spiccato, più di frequente la febbre, perdita della coscienza, orina sanguigna, delle contratture, la dilatazione e l'immobilità delle pupille.

Nel caso di un adulto operato di resezione del ginocchio per carie e medicato con jodoformio insorse piemia (cioè febbre preceduta da brivido di freddo, perdita d'appetito, delirio, dimagramento, dolori nella ferita). Si era in 4.ª settimana, fu amputato, medicato col jodoformio e guarì.

Alle sezioni si trovò edema della pia madre, frequentemente anemia cerebrale e più di frequente degenerazione grassa del cuore, spesso anche quella dei reni e del fegato. Ciò corrisponde benissimo a quanto trovarono Binz e Högyer (1) negli animali avvelenati col jodoformio, i quali morirono di paralisi cardiaca e polmonare.

Le morti che tengono dietro presto all'operazione, l'Autore dice che prima attribuivansi allo schock, poi al cloroformio, per all'acido fenico, ed ora al jodoformio: forse sono dovute a tutt'insieme questi agenti ed alla perdita di sangue; e crede perciò che non debbansi mettere a carico del jodoformio.

Per curare l'avvelenamento da jodoformio è inutile il dire che bisogna tosto rimuovere questa sostanza colle lavature: mezzi speciali non si conoscono.

König pertanto dichiara che non si può parlare di medicare ogni ferita ed ogni piaga col jodoformio, ma si deve ricercare, considerando la sua speciale azione antisettica ed i pericoli che l'accompagnano, in quali casi sia indicato, in quali altri sia controindicato o se invece debbasi dal tutto bandire dalla terapia chirurgica.

Neanche egli è in grado di stabilire la proporzione per cento degli avvelenamenti col jodoformio e del resto crede che gli avvelenamenti con piccole quantità di jodoformio non si possano spiegare ammettendo una idiosincrasia speciale e ritiene piuttosto siano dovuti o all'età, o alla grassezza o debolezza cardiaca degli individui a cui tocca la disgrazia, od al non essere prontamente mandato fuori il jodoformio dai reni o dalla vescica dei medesimi. (Si dovrebbero dunque far orinare di spesso gli individui medicati col jodoformio per impedire, più che è possibile l'assorbimento del jodio dalla vescica. *Il Rel.*).

Perciò prima di amministrare jodoformio uno converrà, se si può, nutrirlo bene, e bene esaminargli il cuore (anche collo sfigmografo) ed i polmoni e le orine e converrà anche badare come sia la sua attività cerebrale. Converrà inoltre pesar bene il jodoformio adoperato e adoperare quello grosso. Le orine dell'ammalato si saggeranno poi per ve-

(1) « Arch. f. experiment. Pathol. » 1879, settembre.

dere se contengano jodio od albumina e si esaminerà bene anche l'ammalato, quando già sia in corso la medicatura col jodoformio.

Pertanto König consiglia di contenersi in questo modo: si adopererà il jodoformio negli individui sani e robusti, in piccola quantità, nelle operazioni osteoplastiche della bocca, della faccia ed in quelle della vagina, della lingua e del retto. Nei vecchi in tali casi converrà quasi sempre limitarsi alla garza jodoformica. Nelle gravi lesioni ed operazioni poi si può combinare il metodo Lister coll'uso del jodoformio in esigua quantità.

A. Henry. — **Bericht über zwei durch Jodoform-Intoxication tödlich verlaufene Fälle.** (*Relazione di due casi mortali di avvelenamento per jodoformio*). (*Deutsche med. Wochenschr.* 1881, 34 e *Centr. f. Chir.* 1881, 39).

L'Autore si è giovato del jodoformio nella sua clinica a Breslavia nei processi di carie ed ebbe a lamentarne due casi di morte. In ambedue osservò gravi fenomeni cerebrali, consistenti in sopore interrotto, che finiva in coma, paralisi degli sfinteri, disturbi della loquela con afonia, contratture ai muscoli della nuca, ventre avvallato, calor normale, polso frequente. Nel 1.° caso (150-200 gr. di jodoformio) i sintomi si presentarono al 2.° giorno e la morte accadde nel 6.° dopo l'operazione. Nel 2.° (100-150 gr. di jodoformio) per 9 giorni benessere, poi per 2 giorni cefalea, poi sonnolenza, ecc., morte nel 16.° giorno dopo l'operazione.

All'autopsia nessuna altra causa di morte, degenerazione grassa del cuore, intorbidamento parenchimatoso del fegato e dei reni: nel 1.° caso anche pachimeningite cronica, e si trattava di un bevitore, di 57 anni, molto robusto: il 2.° era una donna debole, di 63 anni.

Weljaminow. — **Zur Frage über den Jodoformverband.** (*Sulla questione della medicatura jodoformica*). (*Wratsh.* 1882, 9 e *Centr. f. Chir.* 1882, 23).

L'Autore, allievo di Reyher, comunica qui i risultati ottenuti da questo Professore nella sua Clinica chirurgica, su 60 ammalati, che vennero medicati come segue: l'operazione si fa colla più rigorosa antisepsi, poi disinfezione, aspersione della ferita con polvere di jodoformio, sutura, fognatura e copertura con garza jodoformica (al 40 0[0), stoppa, carta di paraffina e bende. Ne morirono 3, ma non per infezione. Si osservarono parecchi casi di avvelenamento jodoformico, ma nessuno seguito da morte; e la quantità del jodoformio impiegato non parve avere influenza sul determinare l'avvelenamento, pel quale invece, secondo l'Autore, ci vuole una disposizione individuale, che egli crede consista nell'adiposità della persona, perchè, dice egli, il jodoformio si scioglie nel grasso. Egli consiglia molta prudenza anche negli individui indeboliti, nervosi con cuore languido.

Come segni d'avvelenamento egli osservò: 1.° febbre o asettica o che sale prontamente a 40°-41°; 2.° vomito ostinato per 4-5 giorni, polso frequente fino a 160 e collasso; 3.° i fenomeni nervosi e gastrici già descritti da Max Schede. Tali sintomi durarono da poche ore fino a 20 giorni.

IDEM. — **Ein Fall Neuralgie des Zweiten Trigeminusastes. Carotisunterbindung. Jochbeinresektion, Dehnung, Excision, Vorlaüfig Heilung.** (*Nevralgia della 2.ª branca del V°. Legatura della carotide, resezione dell'osso zigomatico, stiramento ed escisione della seconda branca del trigemino. Pronta guarigione*). (*Centr. für Chir.* 1882, 35).

In questo caso la medicatura venne fatta con 6 gr. di jodoformio e col sistema Lister e venne rinnovata all'8.° giorno. Alla 10.ª giornata si presentarono dei fenomeni di avvelenamento, che fortunatamente scomparvero.

BEHRING. — **Ueber Jodoformintoxication.** (*Dell' avvelenamento jodoformico*). (*Deutsch. medicin. Wochenschr.* 1882, 20 N. 21 e *Centr. für Chir.* 1882, 32).

L'Autore in base ad esperienze da lui fatte su animali, dichiara che il jodoformio dà fenomeni di intossicazione affatto differenti da quelli degli altri preparati jodici.

O. PFEILSTICKER. — **Jodoform als Verbandmittel. Mittheilung aus der chirurgischen Klinik zu Tübingen.** (*Il jodoformio qual mezzo di medicatura*). (*Medicin. Correspondenzbl. des Würtemb. ärztl. Vereins.* 1882 e *Centr. f. Chir.* 1882, 33).

Anch'esso associa il jodoformio al sistema Lister: ebbe un caso di avvelenamento, che guarì. Quantunque abbia visto con tale medicazione farsi molto più frevuenti le resipole, egli ne è tuttavia assai contento.

LÉON POLO, Assistente nell'Ospizio generale di Nantes. — **Un caso di avvelenamento per jodoformio.** (*Union Médicale* 1882, II N. 133).

L'Autore espone, che in detto Ospizio, nel settembre 1882, un vecchio di 71 anni, affetto da emorroidi esterne ulcerate, medicato giornalmente con 2-3 grammi di polvere di jodoformio con buon risultato locale, nel 18.° giorno di tale cura fu colto da violento delirio acuto, che non dismise fino alla morte, sopravvenuta 6 giorni dopo, malgrado la cessazione del jodoformio. Il bromuro potassico fu senza effetto: una iniezione di morfina portò una calma momentanea. Il polso e la temperatura poco si discostarono dalla norma. Negli ultimi giorni l'ammalato ebbe diarrea. All'autopsia si trovò: pia madre lievemente iniettata: sostanza cerebrale normale; congestione dei lobi inferiori dei polmoni; fegato e milza sani: reni di volume normale, congesti.

E. Maske. — **Beitrag zur Kasuistik der Synovial tubercolose und zur Jodoformfrage.** (*Contribuzione alla casistica della tubercolosi sinoviale ed alla questione del jodoformio.* (*Centralbl. f. Chir.* 1882, 25).

L'Autore ha impiegato la medicatura jodoformica, alla quale ha sempre associato la medicatura Lister, in più centinaja di casi e vide solo 2 casi leggieri di avvelenamento.

Egli si loda moltissimo del jodoformio e della sua combinazione col sistema Lister.

Riferisce due casi di tubercolosi sinoviale, che rimosse col coltello e medicò riempiendo la cavità residua col jodoformio in polvere, ottenendone la guarigione.

v. Nussbaum. — **Wert und Gefahren der Antiseptica nebst einigen Bemerkungen über deren Benutzung in der Kriegschirurgie.** (*Valore e pericoli degli antisettici con alcune considerazioni sul loro impiego nella chirurgia bellica.* (*Aeztlich. Intelligenzblatt.* 1882, 16 N. 17 e *Centr. f. Chir.* 1882, 28).

L'Autore prende a considerare gli antisettici in generale e riconferma i buoni risultati ottenuti coll'acido sallcilico, al quale solo rimprovera di rendere difficile alquanto la riunione per prima intenzione delle ferite dei tessuti molli, per es., le ferite muscolari nei ragazzi, perchè vi forma sopra una specie di crosta. Ha pure osservato che se viene adoperato in grande quantità e su estese superficie assorbenti, esso dispiega una cattiva influenza sullo stato generale dell'ammalato. influenza sullo stato generale dell'ammalato, influenza mal definibile. Eguale osservazione fece Küster.

Quanto al jodoformio ne riconosce gli inconvenienti, ma anche i vantaggi e perciò lo vuole studiato ancora. Intanto egli, con Mosetig, crede che l'unire il jodoformio coll'acido carbolico dia luogo facilmente a pericolo e perciò non li adopera mai insieme; e sconsiglia il jodoformio stesso negli individui con cuore debole e reni ammalati, i quali ne difficoltano la pronta eliminazione, cioè precisamente in quelli, in cui sarebbe pericoloso il cloroformio.

La dose massima di Mosetig (60 gr.) gli pare esagerata; e negli individui in cui lo teme pericoloso, si accontenta della garza carbolica.

Ne spera assai per la chirurgia bellica.

G. Neuber. — **Erfahrungen über Jodoform und Torfverbände in der chirurgischen Klinik des Herrn Geheimrath Esmarch.** (*Esperienze sulla medicatura col jodoformio e colla torba, eseguite nella Clinica chirurgica del consigliere intimo prof. Esmarch*). *Arch. für klin. Chir.* 1882. Bd. XXVII. Hft. 4 e *Centr. f. Chir.* 1882, 28).

Alle speranze concepite da Esmarch sui buoni risultati che doveva dare la combinazione della medicatura jodoformica colla medicatura

duratura di Neuber (V. questa Rivista, pag. 42, luglio 1880) nella cura delle affezioni tubercolo-fungose non corrisposero i fatti da lui stesso osservati, avendo egli avuto su 21 casi, 13 guariti, 2 dimessi con fistole, 1 amputato secondariamente, 1 restato in cura ed 1 morto per meningite tubercolare. Dopo l'introduzione del jodoformio egli ne ebbe due casi di avvelenamento mortale. Una era una donna di 65 anni, a cui estirpò la lingua e la quale era stata medicata con non più di 4-5 grammi di jodoformio. Essa morì due settimane dopo l'operazione e al 6.° giorno perdè la coscienza, venne presa da allucinazioni, rifiutava il cibo, avea la temperatura normale e il polso molto frequente.

L' Autore descrive la preparazione della juta, garza ed ovatta jodoformica al 2 e 5 0|0, che si ottiene disciogliendo il jodoformio nell'alcool e nell'etere. Tali sostanze servono per la medicatura coi cuscini con jodoformio; e di 56 ammalati trattati con essi, 24 guarirono con una sola medicatura, 22 guarirono pure con una sola medicatura, ma era loro restata o qualche piaga superficiale o qualche fistola che tosto guarì, 8 guarirono con più medicature ed erano ancora in cura: 2 morirono, 1 per setticemia con suppurazione acuta dell' articolazione del ginocchio ed 1, amputata della mammella, morì per intossicazione jodoformica.

E. Küster. — **Ueber antiseptische Wundbehandlung.** (*Della cura antisettica delle ferite).* In: *Berl. klin. Wochenschr.* 1882, 14, u. 15 — *Centr. f. Chir.* 1882, 23.

L'Autore espose all'Associazione medica di Berlino i risultati da lui ottenuti colla medicatura jodoformica, che egli riserba: 1.° alle ferite piccole, recenti, al capo ed in vicinanza dell' ano e dei genitali (specialmente come collodion jodoformico); 2.° alle ferite recenti da resezione di articolazioni ammalate ed alle piaghe cavitarie da ascessi estesi; 3.° alle fistole fungose (coi chiodetti di jodoformio); 4.° alle piaghe icorose; 5.° alle ferite con lesione del peritoneo (specialmente dopo l'estirpazione del retto). Egli non adopera mai grandi quantità di jodoformio per tema dell'avvelenamento, e dove ne occorrerebbe molto (per es.: per riempirne la vagina o per il peritoneo) adopera invece l'acido salicilico. Anzi in generale preferisce questo al jodoformio, e lo adopera nelle varie maniere, con cui si adopera il jodoformio stesso. Secondo lui, il jodoformio, oltre ad agire come corpo straniero, talora provoca anche infiltrazione dura diffusa della pelle con tinta rosso-azzurra, e flemmone; il quale, senza disturbare l' asepsi della piaga, può dar luogo ad ascesso.

Egli ha avuto 2 casi di morte per avvelenamento da jodoformio, ed ha veduto inoltre prodursi per lo stesso un complesso di sintomi eguali a quelli della febbre tifoide, cioè febbre remittente, gradatamente aumentante, sensorio intaccato, gorgoglio ileo-cecale, diarrea, tumore di milza e roseola. Tali sintomi cessavano prontamente collo smettere l'uso del jodoformio.

E. Maske. — **Beitrag zur Kasuistik der Synovial tubercolose und zur Jodoformfrage.** (*Contribuzione alla casistica della tubercolosi sinoviale ed alla questione del jodoformio.* (*Centralbl. f. Chir.* 1882, 25).

L'Autore ha impiegato la medicatura jodoformica, alla quale ha sempre associato la medicatura Lister, in più centinaja di casi e vide solo 2 casi leggieri di avvelenamento.

Egli si loda moltissimo del jodoformio e della sua combinazione col sistema Lister.

Riferisce due casi di tubercolosi sinoviale, che rimosse col coltello e medicò riempiendo la cavità residua col jodoformio in polvere, ottenendone la guarigione.

v. Nussbaum. — **Wert und Gefahren der Antiseptica nebst einigen Bemerkungen über deren Benutzung in der Kriegs chirurgie.** (*Valore e pericoli degli antisettici con alcune considerazioni sul loro impiego nella chirurgia bellica.* (*Aeztlich. Intelligenzblatt.* 1882, 16 N. 17 e *Centr. f. Chir.* 1882, 28).

L'Autore prende a considerare gli antisettici in generale e riconferma i buoni risultati ottenuti coll'acido sallicilico, al quale solo rimprovera di rendere difficile alquanto la riunione per prima intenzione delle ferite dei tessuti molli, per es., le ferite muscolari nei ragazzi, perchè vi forma sopra una specie di crosta. Ha pure osservato che se viene adoperato in grande quantità e su estese superficie assorbenti, esso dispiega una cattiva influenza sullo stato generale dell'ammalato. influenza sullo stato generale dell'ammalato, influenza mal definibile. Eguale osservazione fece Küster.

Quanto al jodoformio ne riconosce gli inconvenienti, ma anche i vantaggi e perciò lo vuole studiato ancora. Intanto egli, con Mosetig, crede che l'unire il jodoformio coll'acido carbolico dia luogo facilmente a pericolo e perciò non li adopera mai insieme; e sconsiglia il jodoformio stesso negli individui con cuore debole e reni ammalati, i quali ne difficoltano la pronta eliminazione, cioè precisamente in quelli, in cui sarebbe pericoloso il cloroformio.

La dose massima di Mosetig (60 gr.) gli pare esagerata; e negli individui in cui lo teme pericoloso, si accontenta della garza carbolica.

Ne spera assai per la chirurgia bellica.

G. Neuber. — **Erfahrungen über Jodoform und Torfverbände in der chirurgischen Klinik des Herrn Geheimrath Esmarch.** (*Esperienze sulla medicatura col jodoformio e colla torba, eseguite nella Clinica chirurgica del consigliere intimo prof. Esmarch*). *Arch. für klin. Chir.* 1882. Bd. XXVII. Hft. 4 e *Centr. f. Chir.* 1882, 28).

Alle speranze concepite da Esmarch sui buoni risultati che doveva dare la combinazione della medicatura jodoformica colla medicatura

duratura di Neuber (V. questa Rivista, pag. 42, luglio 1880) nella cura delle affezioni tubercolo-fungose non corrisposero i fatti da lui stesso osservati, avendo egli avuto su 21 casi, 13 guariti, 2 dimessi con fistole, 1 amputato secondariamente, 1 restato in cura ed 1 morto per meningite tubercolare. Dopo l'introduzione del jodoformio egli ne ebbe due casi di avvelenamento mortale. Una era una donna di 65 anni, a cui estirpò la lingua e la quale era stata medicata con non più di 4-5 grammi di jodoformio. Essa morì due settimane dopo l'operazione e al 6.° giorno perdè la coscienza, venne presa da allucinazioni, rifiutava il cibo, avea la temperatura normale e il polso molto frequente.

L' Autore descrive la preparazione della juta, garza ed ovatta jodoformica al 2 e 5 0[0, che si ottiene disciogliendo il jodoformio nell' alcool e nell'etere. Tali sostanze servono per la medicatura coi cuscini con jodoformio; e di 56 ammalati trattati con essi, 24 guarirono con una sola medicatura, 22 guarirono pure con una sola medicatura, ma era loro restata o qualche piaga superficiale o qualche fistola che tosto guarì, 8 guarirono con più medicature ed erano ancora in cura: 2 morirono, 1 per setticemia con suppurazione acuta dell' articolazione del ginocchio ed 1, amputata della mammella, morì per intossicazione jodoformica.

E. Küster. — **Ueber antiseptische Wundbehandlung.** *(Della cura antisettica delle ferite).* In: *Berl. klin. Wochenschr.* 1882, 14, u. 15 — *Centr. f. Chir.* 1882, 23.

L'Autore espose all'Associazione medica di Berlino i risultati da lui ottenuti colla medicatura jodoformica, che egli riserba: 1.° alle ferite piccole, recenti, al capo ed in vicinanza dell' ano e dei genitali (specialmente come collodion jodoformico); 2.° alle ferite recenti da resezione di articolazioni ammalate ed alle piaghe cavitarie da ascessi estesi; 3.° alle fistole fungose (coi chiodetti di jodoformio); 4.° alle piaghe icorose; 5.° alle ferite con lesione del peritoneo (specialmente dopo l'estirpazione del retto). Egli non adopera mai grandi quantità di jodoformio per tema dell' avvelenamento, e dove ne occorrerebbe molto (per es.: per riempirne la vagina o per il peritoneo) adopera invece l'acido salicilico. Anzi in generale preferisce questo al jodoformio, e lo adopera nelle varie maniere, con cui si adopera il jodoformio stesso. Secondo lui, il jodoformio, oltre ad agire come corpo straniero, talora provoca anche infiltrazione dura diffusa della pelle con tinta rosso-azzurra, e flemmone; il quale, senza disturbare l' asepsi della piaga, può dar luogo ad ascesso.

Egli ha avuto 2 casi di morte per avvelenamento da jodoformio, ed ha veduto inoltre prodursi per lo stesso un complesso di sintomi eguali a quelli della febbre tifoide, cioè febbre remittente, gradatamente aumentante, sensorio intaccato, gorgoglio ileo-cecale, diarrea, tumore di milza e roseola. Tali sintomi cessavano prontamente collo smettere l'uso del jodoformio.

loso medicamento, come egli lo chiama, — e che il Congresso dei chirurghi (tedeschi, vorrà dire), come ha dichiarata obbligatoria la medicazione Lister, mettesse il suo veto contro il suo uso ulteriore. (Ciò richiama alla mente Kromholz, di Praga, il quale faceva, non ricordo bene se giurare o semplicemente promettere ai laureandi di curare i polmonici co'salassi. *Il Rel.*).

L'Autore espone estesamente due casi di medicatura jodoformica, che offersero speciali inconvenienti. Il primo riguarda una donna di 66 anni, che a 30 aveva già sofferto di melancolia e che venne da lui operata di carcinoma del retto, mettendo poi su tutta la ferita, colle dita, della polvere di jodoformio e otturando la cavità con garza jodoformica. L'indomani quella donna era afasica e non rispondeva che *Ja*. Venne prontamente rimossa la medicatura applicata (non è però detto se mediante lavatura sia stato tolto il jodoformio dalla superficie della ferita) e sostituita con altra fenica. Malgrado ciò, si manifestò il quadro dell'intossicazione per jodoformio con forte albuminuria, cilindri renali nelle orine, cellule epiteliali, goccioline di grasso e corpuscoli di pus. Alla fenica si sostituì poi la medicatura col cloruro di zinco; ma i fenomeni morbosi continuarono e la donna dopo 4 giorni moriva. All'autopsia, eseguita dal prof. Langhaus, nulla d'anormale al cervello, nè al cuore; milza piccola, reni non intorbidati, leggermente congesti, infiltrazione grassa del fegato. Nella sostanza cerebrale non ci era la reazione jodica (torna forse inaspettato il reperto renale se si consideri che il giorno prima l'orina conteneva traccie d'albumina, e abbondanti cilindri jalini ed epiteliali, cellule di pus, dei reni e della pelvi renale, *Il Rel.*).

Il secondo caso, operato di disarticolazione del femore, fu pure trattato con garza e con tappo jodoformici: ma la piaga veniva lavata ogni giorno e pennellata con jodoformio per 4 giorni, poi si sospese per 9 giorni e si tornò poscia una sola volta all'uso di poca quantità di jodoformio in polvere: eppure due giorni dopo, quest'ammalata si fece agitata e presentò vari fenomeni, che Kocher dichiara dipendenti dall'jodoformio, tanto da chiamarlo un caso di avvelenamento grave per jodoformio. Tali fenomeni furono polso frequentissimo, inquietudine, gridio, malessere, dilatazione delle pupille, perdita della vista. Fasciatura elastica dell'arto inferiore, infusione nella radiale (sarà stata l'arteria probabilmente) di 500 gr. di una soluzione (salata proposta da Schwarz per la trasfusione), previo salasso di 200 gr. Il polso si fece più forte. Iniezione di etere. Un po' di febbre. Alla fine guarigione.

CZERNY. — **Beiträge zur Jodoformvergiftung nebst Bemerkungen über Karbolmarasmus.** (*Contributo all'avvelenamento per jodoformio ed osservazioni sul marasmo carbolico*). In: *Wien. med. Wochenschr.* 1882, 6. — *Centr. f. Chir.* 1822, 22).

Czerny ha osservato molti casi leggieri di avvelenamento per jodo-

formio e due letali. Uno di questi riguardava un uomo di 62 anni con tumor bianco al ginocchio, dove vi erano anche più fistole. Egli vi introdusse in pochi giorni 40 gr. di jodoformio: all'8.° giorno il malato fu preso da delirio, da febbre (38°,5, quindi troppo bassa per una sepsi acuta; poi toccò il 40.°), da dolori articolari, da perdita della coscienza, da rigidità della nuca, da contratture e movimenti convulsivi negli arti, da impossibilità di deglutire; presentò inoltre albuminuria, enuresi, polso a 140 e sopore. Morte al secondo giorno. All'autopsia, iniezione delle meningi e del cervello. Pus nell'articolazione. Fegato un po' ingrossato, milza molle, enorme, non ascessi metastatici.

L'altro presentò fenomeni cerebrali: agitazione, coma, convulsioni: paralisi localizzate. Era una donna di 58 anni, a cui era stata esportata una mammella cancerosa, e che era stata medicata con 6 gr. di jodoformio: al 4.° giorno apatia, ecc. Ascessi miliari numerosi al rene destro. Quindi la morte era avvenuta per metastasi.

Czerny già 10 anni fa aveva adoperato il jodoformio nelle ulceri fistolose, ma senza grande vantaggio. Lo adoperò poi nelle infiammazioni croniche, in generale con poco vantaggio. Nel fungo conferma i risultati di Mikulicz.

Secondo lui, i bastoncini jodoformici gelatinosi provocano febbre, dando luogo a ritenzione degli umori: più valgono i gommosi con poca gelatina.

Le iniezioni parenchimatose pare a lui che accelerino il processo flogistico.

Si giova del jodoformio nel lupus dopo il raschiamento: contro la resipola non vale il jodoformio. Questo giova poco anche come polvere da cospergere; mai non l'adopera nelle ferite che vuol guarire per prima intenzione: lo usa invece come zaffo in garza nelle piaghe cavitarie e suppuranti.

Czerny estende la medicatura Lister a tutti i suoi ammalati, al contrario dei chirurgi dell'jodoformio che *puzzano di tanfo* (*mufflig riechend*).

A. Bum. — **Zur Frage der Jodoformintoxication.** (*Della questione dell'avvelenamento per jodoformio*). In: *Wien. medicin. Press.* 1882, 7, n. 8 — *Centr. f. Chir.* 1882, 17.

L'Autore, assistente del prof. v. Mosetig-Moorhof, espone i risultati ottenuti colla medicatura jodoformica nella sezione chirurgica di quest'ultimo nei 4 anni, in cui quella vi è usata quasi esclusivamente. La Sezione comprende 100 letti (4000 ammalati ambulanti all'anno e 3000 ricoverati); e in 2|3 degli ammalati si fa tale medicatura, ma il consumo mensile di jodoformio non passa i 300 grammi: si vede dunque con che parsimonia vi venga esso adoperato.

Ad impedire l'avvelenamento per jodoformio, l'Autore consiglia di non stringere troppo l'apparecchio, di rinnovarlo più di rado che è possi-

bile, di non impiegare jodoformio in copia negli individui anemici, nei vecchi e nei molto giovani, e ritiene anche che un sangue discrasico possa favorire tale avvelenamento.

L'Autore espone anche che Mosetig ritiene che il pericolo dell'jodoformio risieda sopratutto nell'impiego simultaneo dell'acido fenico, perchè questo, venendo assorbito, si oppone alla eliminazione dell'jodio, dando luogo ad una nefrite fenica (1), che impedisce la filtrazione glomerulare dell'jodio. Infatti, mentre l'jodio nel caso di una semplice medicatura jodoformica compare nelle orine il giorno dopo a quello in cui si fece la medicatura, non vi si riscontra che dopo 3 giorni se vi si è combinata la medicatura fenica: perciò l'jodio si accumula nel sangue, dando luogo all'avvelenamento.

v. Mosetig-Moorhof. — **Zur Frage der Jodoformvergiftung.** (*Sulla questione dell'avvelenamento per jodoformio*). In: *Centr. f. Chir.* 1882, 11.

L'introduttore dell'jodoformio nella Chirurgia si eleva contro il panico sollevatosi contro tale medicamento, e dichiara innanzi tutto di non avere mai visto nella sua pratica casi di avvelenamento per jodoformio: non ne vuole però negare la possibilità e l'esistenza; tuttavia a premunire contro la troppo facile ammissione del medesimo, riferisce che già prima dell'introduzione della medicatura antisettica, egli vide un bevitore, operato di esportazione delle emorroidi in narcosi, venir preso da fenomeni di eccitazione psichica gravissima, con rifiuto del cibo, insonnio, delirio, polso non numerabile, e terribili accessi di furore: tutto ciò dopo 3 giorni passò. Ora lo si citerebbe come il caso più spiccato di avvelenamento jodoformico. Quindi egli non reclama che un giudizio *sine ira, sed cum studio* (2).

Avverte anche che egli ha locali sempre zeppi e, a suo dire, non troppo igienici (ciò potrebbe influire sulla setticità delle ferite, ma non sul determinare l'avvelenamento. *Il Rel.*).

A quanto consiglia Bum per prevenire l'avvelenamento, soggiunge che egli non ha mai osservato fenomeni, perchè egli non lava la piaga ad ogni medicazione, per aggiungervi ancora jodoformio, essendo il

(1) Anche il prof. Vanzetti attribuisce molta importanza per l'avvelenamento odoformico, allo stato morboso dei reni. Infatti nel secondo caso di Mikulicz vi era malattia di Bright con degenerazione adiposa. Si noti poi anche che nelle degenerazioni fungose delle articolazioni sono molto frequenti le degenerazioni dei reni.

(2) Se scrivessi di cose letterarie, mi permetterei dire al Mosetig che il giudizio che egli reclama deve essere fatto *sine ira et sine studio*, cioè *senza artifizio*. Infatti Tacito nel primo paragrafo del primo libro dei suoi Annali dice essere suo proposito: pauca de Augusto et extrema tradere, mox Tiberii principatum .....; *sine ira et studio*, ecc. (*Il Rel.*).

riassorbimento più pronto nelle piaghe granulanti che nelle ferite recenti, e perchè egli non adopera che jodoformio senza altri antisettici, ciò che egli ha sempre raccomandato. Perciò egli prega ed ha sempre pregato i colleghi, o di medicare col solo jodoformio senza punto aggiungere l'acido fenico, o di non usare affatto jodoformio. Intanto i casi di avvelenamento osservati sono casi di avvelenamento non per la medicatura jodoformica, ma per la medicatura fenico-jodoformica. E finisce col dire: È un veleno l'jodoformio? ma lo è anche l'acido fenico; quindi chi li adopera insieme, invece di un veleno, ne adopera due uniti.

## 14.° — Il jodoformio nell'XI Congresso dei chirurghi tedeschi e nel X dell'Associazione medica italiana in Modena.

A chiudere questa relazione, nella quale si sono espresse imparzialmente tutte le opinioni, si crede opportuno di riferire tradotto il sunto di due discorsi tenuti nell'XI Congresso dell'Associazione dei Chirurghi tedeschi sul proposito dell'jodoformio, il secondo dei quali è del grande maestro della Scuola chirurgica germanica. La sua lettura infonde speranza che l'attuale studio del jodoformio non abbia a riuscire come il lavoro di Penelope.

Zeller (di Berlino). — **Versuche über die Resorption des Jodoforms.** (*Esperienze sull'assorbimento del jodoformio*). In: *Beilage zum Centr. f. Chir.* 1882, 29.

Ripetendo le esperienze sulla putrefazione, ora nuovamente messe in dubbio, s'ebbe per risultato che se si scuote di frequente il pancreas, mescolato con dell'jodoformio, al 6.° giorno compaiono traccie di acido solfidrico, fenico e di sostanze aromatiche (1). In questo stato si può conservare il preparato per delle settimane, se si ha cura di continuare a scuoterlo. Nel determinare la sensibilità dell'jodoformio nel siero del sangue, si trovò che 1000 grammi di siero sanguigno alla temperatura ordinaria disciolgono 0,212 grammi di jodoformio: perciò la solubilità di questo nel detto siero non è sensibilmente maggiore di quella che esso ha nell'acqua.

I cani per la via del tubo gastro-enterico assorbono relativamente poco jodoformio anche dandone molto; se ne possono dare loro 25 gr. senza danno; perciò le prime indicazioni in proposito della dose

(1) Fischer (« Untersuchungen über das Naphtalin. » « Berl. klin. Wochenschrift, 1882, 8 n. 9 ») ha trovato che il jodoformio non impedisce la putrefazione del pancreas. Lo stesso venne comprovato nel laboratorio del professore Nencky.

mortale di jodoformio non sono giuste. Invece il jodoformio dà luogo a gravissime manifestazioni dopo la sua introduzione nel cavo peritoneale degli animali su cui si sperimenta. Infatti, dopo 3 gr. compaiono albumina e sostanze biliari nell'orina, ed anche può seguirne la morte. La quantità di jodoformio che trovasi nell'orina nei casi di avvelenamento mortale è relativamente piccola: invece in tali casi si trova molto jodio nel sangue. Dunque l'eliminazione dell'jodio non va parallela al suo assorbimento. Erano eguali le condizioni dell'assorbimento per entro le ferite. L'Autore crede pertanto che l'jodoformio non si debba più introdurre in nessuna ferita, da cui eventualmente esso non si possa poi togliere facilmente.

B. V. Langenbeck. — **Ueber Wundbehandlung mit Jodoform, besonders über Jodoform Schorfverbände.** (*Della cura delle ferite coll'jodoformio, e specialmente della medicatura con involucro di jodoformio*). In: *Beilage Zum. Centr. f. Chir.* 1882, 29.

L'Autore non crede che per il pericolo dell'avvelenamento per l'jodoformio si debba lasciare onninamente da parte questo mezzo tanto efficace nella cura delle soluzioni di continuità, e ritiene che dobbiamo usarne soltanto colla maggior precauzione. Malgrado però una grande prudenza (erano stati raramente usati più di 3-10 gr.), in sul principio del suo uso si ebbero a lamentare dei casi spiacevoli nella Clinica di Berlino: un caso di mania acuta in una donna di 45 anni dopo l'amputazione di una mammella con svuotamento del cavo ascellare (la mania cessò soltanto 2 mesi dopo che fu smessa la medicatura coll'jodoformio) e 2 casi letali, pure di amputazione della mammella, dopo l'introduzione nella cavità residua di circa 15 gr. di jodoformio. In altri 2 casi, cioè in una ragazza di 11 anni dopo l'estirpazione di un angioma cavernoso che arrivava fino alla base del cranio, ed in un vecchio di 72 anni, molto debole, amputato al femore, avvenne pure la morte, e non ne fu permessa la sezione: si restò dubbiosi se si avesse avuto a fare con avvelenamento per jodoformio o per acido carbolico, perchè dopo l'operazione si osservò intensa carboluria, senza che si potesse trovare l'jodio nelle orine. Come già l'hanno detto anche altri osservatori, dopo l'introduzione dell'jodoformio nelle ferite recenti, il pericolo consiste specialmente nella lunga durata dell'azione del medesimo. In una giovane di 27 anni, a cui furono introdotti 5 gr. di jodoformio entro la ferita residua alla resezione dell'articolazione del gomito, la ferita guarì per prima intenzione senza che comparisse alcun fenomeno d'avvelenamento. Però due mesi dopo l'operazione, quando la paziente, che già godeva di una mobilità attiva nell'articolazione, abbandonò lo stabilimento, si svelava tuttora dell'jodio nelle sue orine. Ad una signora, operata nel gennaio del 1882 di amputazione di una mammella, furono pure messi 15 gr. di jodoformio nella ferita, che guarì su tutta l'estensione per prima intenzione; ebbene, 4

mesi dopo si presentò una piccola apertura nella cicatrice e se ne fecero uscire alcuni piccoli pezzetti di jodoformio.

Dopo queste osservazioni, l'Autore ha cambiato la sua medicatura iodoformica, ed in generale non ha più introdotto nelle ferite il jodoformio, e quantunque medicasse tutte le ferite per operazioni, sì nella Clinica come nella sua pratica privata coll'jodoformio, non vide più alcun sintomo di avvelenamento.

Il suo metodo è questo: dopo avere (dopo l'estirpazione di un tumore, p. es. dopo l'amputazione di una mammella con rimozione delle glandole ascellari) accuratamente arrestata l'emorragia, viene introdotto nelle parti declivi un tubo da fognatura e si lava la ferita con una soluzione fenica al 3 1|2 0|0; poi si ricucisce accuratamente la pelle con punti vicini di sutura e col filo di seta, si mette sopra la ferita una striscia di *mull* (stoffa leggera di cotone, *mussolina*) spolverata di jodoformio e poi sopra delle compresse pure di mussolina, carta di guttaperca ovatta ed un leggiero apparecchio compressivo di fascie di calicò, e finalmente una fascia di garza umida, la quale, colla pasta che contiene, impedisce che le fascie sdrucciolino via dal loro posto. Se occorre, 24 ore dopo l'operazione si fa il primo cambiamento della medicatura: il tubo da fognatura si toglie al 3.° od al 4.° giorno, e la medicatura può, il più delle volte, lasciarsi in posto fino alla guarigione della ferita.

Oltre a togliere il dolore, l'azione principale dell'jodoformio è quella di far diminuire la secrezione della ferita, ed in alcuni casi anche toglierla affatto. I sintomi reattivi della ferita, che noi abbiamo imparato a riguardare quali compagni ordinarii del processo di guarigione (dolore, rossore, e gonfiezza dei margini), mancano del tutto colla medicatura jodoformica. Non sì tosto che, dopo la riunione della ferita, il sangue, che di regola si raccoglie, viene portato fuori dal tubo fognatore, ecco che le superfici della pelle e della ferita si riuniscono l'una coll'altra ed aderiscono. Il tubo anzidetto può di regola venir tolto nel 3.°-4.° giorno; dopo di che, la piaga occupata dal medesimo in pochi giorni cicatrizza. La suppurazione può mancare del tutto anche nelle maggiori ferite profonde: tutt'al più si vedono apparire alcune goccie di un liquido mucoso chiaro o leggermente colorato di sangue. I punti di sutura si possono lasciare in posto 7-8 giorni ed anche più senza che si osservi nè rossore, nè suppurazione sul loro tramite. Guarigioni a questo modo l'Autore non ha mai veduto colla medicatura fenica, neanche usando le più minute cure.

Per ottenere di tali guarigioni sono necessarie soltanto piccole quantità di jodoformio; evidentemente basta che la ferita si trovi nell'atmosfera di jodoformio, che si conserva a lungo, perchè faccia un decorso perfettamente asettico. Adoperando esclusivamente questa medicatura, da 2 mesi, l'Autore non ha più osservato fatti di avvelenamento jodoformico, quantunque l'esame dell'orina gli abbia dimostrato quasi sempre la presenza dell'jodio.

L'azione eminentemente antisettica dell'jodoformio risulta chiarissima dalla seguente osservazione. Quando viene trattenuto del sangue in qualche taglio, come è facilmente il caso allorchè il tubo da fognatura diviene impervio, 8-10 ore dopo l'operazione, si sviluppano, com'è noto, dei sintomi di viva febbre, portandosi la temperatura a 39° e più col polso frequente da 100 a 120 battute. Se allora, rinnovando accuratamente la medicatura, si toglie quel sangue e si rende pervio di nuovo il tubo da fognatura, i sintomi febbrili cedono subito e la temperatura può scendere al grado normale. Tali fenomeni febbrili non si osservano colla medicatura jodoformica sopradescritta, quand' anche restino raccolte maggiori quantità di sangue sotto alla ferita, prontamente cicatrizzatosi alla superficie: e l'Autore lo ha osservato in 3 casi. Dopo l'estirpazione di un lipoma del volume di un pugno, dalla spalla di una donna, arrestata l'emorragia, venne sodamente cucita la ferita, non fu applicato alcun tubo di scarico e vennero soprapposte una striscia di mussolina con polvere di jodoformio e parecchie compresse ancora di mussolina e fu messo sopra un pezzo di guttaperca ed assicurato il tutto con un leggero apparecchio compressivo. La medicatura venne rinnovata nel 7.° giorno, fino al qual tempo l'ammalata erasi sempre sentita bene e non aveva mai presentato una temperatura di più che 37°,5. La ferita era guarita intieramente: i margini della cicatrice avevano il colore naturale della pelle e non erano minimamente gonfi, ed i pezzi della medicatura erano pulitissimi. La pelle però al disopra di tutta la cavità della ferita fluttuava, certamente per sangue trattenutovi. Malgrado ciò, vennero tolti tutti i punti di sutura, e allora da alcuni pertugi dei detti punti uscì del sangue bruno liquido e senza nessunissimo odore. Venne applicata di nuovo la medicatura jodoformica e dopo 7 giorni fu per la prima volta rimossa. Il sangue rimasto era tutto assorbito; la pelle aderiva sodamente ai tessuti sottostanti, e tutta la ferita era guarita. Non si osservò mai un aumento di temperatura.

Da queste osservazioni si ricava che la cosidetta febbre asettica, la quale si presenta appena si raccoglie del sangue nella ferita, dipende ancora da una scomposizione, e che nel sangue, quantunque affatto inodoro, deve essersi formato un fermento, che agisce provocando la febbre, ed inoltre che tale scomposizione può essere sicuramente impedita dall'jodoformio, quantunque il sangue resti 7 giorni nella ferita prima di venire assorbito. L'assorbimento dunque del sangue trattenuto entro le ferite può colla medicatura jodoformica succedere senza manifestazioni febbrili, come accade l'assorbimento degli stravasi sottocutanei.

Di maggiore importanza sono le medicature sotto un involucro di jodoformio (1). In grazia della sua proprietà di impedire l'infiammazione e di

(1) Vedasi, per questo modo di medicatura, Billroth « Manuale di patologia e *terapia* chirurgica generale, » trad. ital., 1868, pag .77.

limitare al minimo grado la secrezione della ferita, il jodoformio conviene per ottenere la guarigione sotto involucro più di ogni altro mezzo di medicatura finora conosciuto. Tali medicature vengono applicate nel miglior modo, come segue: la ferita recente, dopo che è cessata l'emorragia, viene ricoperta con uno strato di polvere di jodoformio (il jodoformio in cristalli è meno conveniente) in giusta proporzione, e sopra vi si mette un sottile strato di cotone, e sopra ancora altro cotone, delle compresse di mussolina, della carta di guttaperca e vi si fa una leggera compressione. Si forma così una crosta che sta molto aderente, al disotto della quale la ferita guarisce adagio sì, ma formando una cicatrice liscia e non contratta. Quando la cicatrizzazione è completa, e questo varia, secondo la grandezza e la profondità della ferita, da 8-35 giorni, la crosta cade da sè.

Queste medicature sottocrosta od involucro (Schorfverbände) non convengono per le soluzioni di continuità profonde e neanche per quelle ferite della pelle, sotto alle quali sta un grosso strato di grasso. Quando manchi la pelle della faccia (p. es. dopo l'estirpazione di carcinomi cutanei) di individui grassi, questa medicatura di solito non fa buona prova, probabilmente per ciò che il jodoformio viene disciolto nel grasso e la crosta non resta più chiusa tanto da impedire l'accesso dell'aria. La guarigione *sottocrostacea* (Schorfheilung) non riesce neanche nei pazienti inquieti nè quando si formano delle screpolature nella crosta, attraverso alle quali penetra l'aria a contatto della ferita. In tale caso bisogna rimettere jodoformio. Anche nei casi in cui la guarigione alla fine riesca completamente, può avvenire che nei primi giorni piccole quantità delle secrezioni della ferita stessa vengano ritenute. Allora, comprimendo la crosta, ne escono di sotto alcune goccie di un liquido mucoso, torbido o leggermente colorato in rossigno. La guarigione sotto involucro di jodoformio riesce specialmente ne'casi seguenti:

1.° *L'operazione del fimosi colla circoncisione.* — Ambedue le lamine del prepuzio si riuniscono diligentemente con punti di fino catgut e si ricopre la ferita con un sottile strato di jodoformio con sopra uno strato d'ovatta. All'8.° giorno si rimuove la crosta insieme co'nodi del catgut.

2.° *L'operazione della contrattura palmare.* — Il lembo triangolare formatosi dopo la recisione della pelle e dell'aponeurosi, viene, quanto occorre, unito con catgut e la ferita restante si copre con jodoformio ed ovatta e la mano e le dita vengono tenute distese su adatta stecca.

3.° *Le operazioni plastiche.* — Crede il Langenbeck che queste, grazie alla medicatura jodoformica, entreranno in una nuova e miglior fase. Innanzi tutto possono colla medicatura sottocrostacea tornare superflue le trapiantazioni della pelle per togliere le differenze di livello. I prolungamenti mobili della pelle, ad esempio, le palpebre, le lab-

bra, le pinne nasali, se presentano delle mancanze un po' estese della pelle esterna, guariscono per granulazione e contraendosi le cicatrici, ne vengono, quasi senza eccezione, delle alterazioni della loro forma. v. Langenbeck, dopo aver estirpato un neo melanotico, il quale occupava tutta la palpebra superiore dal tarso fino alle sopracciglia, giungendo fino alla congiuntiva, ricoperse la estesa ferita con jodoformio ed ovatta, mantenendo chiuse le palpebre e vi dispose sopra un leggiero apparecchio compressivo. In capo a 5 settimane la crosta si distaccò e la palpebra aveva una cicatrice liscia senza ombra di ectropion.

Dopo la rinoplastica col metodo frontale il grande inconveniente sta nella lunghissima durata che ha il processo di cicatrizzazione della lesione frontale. Se si cercano di avvicinare molto, con punti di sutura che tirino forte gli orli della pelle, facilmente ne seguono estese inflammazioni flemmonose del cuojo capelluto.

Mercè della crosta di jodoformio viene tollerata anche la più forte tensione della cucitura senzachè ne sorgano dolori o inflammazione nei margini della ferita. Nei primi 8 giorni si possono spremere qua e là alcune goccie di liquido purulento al di sotto della crosta, ma poi questa diventa secca del tutto e non si distacca che quando la ferita è guarita con una cicatrice liscia.

La medicatura col jodoformio pare che apra anche nuovi orizzonti per uguagliare le mancanze e i contorcimenti della pelle dipendenti da innesti di pezzi di pelle del tutto recisi, il che finora si tentava molte volte senza buon successo. L'innesto di porzioni di epidermide, col metodo di Reverdin, affretta di sicuro la cicatrizzazione delle superficie granulanti, ma alla fine, per l'arrotolarsi delle porzioni di pelle cicatrizzatesi, dà cicatrici così deformi, che questo metodo a scopo plastico-cosmetico merita appena di essere menzionato. L'innesto raccomandato da Zehender di porzioni di pelle più estesi, spogliate del loro pannicolo adiposo, venne dal Langenbeck tentato in assai casi di piaghe granulanti. Con rare eccezioni questi pezzi di cute, anche se hanno il diametro di più centimetri, aderiscono dopochè sono stati vascolarizzati. Però 6-8 giorni dopo, quando tale adesione è completa, qua e là sollevasi l'epidermide a modo di vesciche, le porzioni di pelle innestate alla loro superficie esterna si torcono, suppurano, si raggrinzano o pare anche che scompajono e finalmente si forma di nuovo quella torsione della cicatrice, per togliere la quale era stato precisamente fatto l'innesto.

Il trapianto di pezzi di cute, non spogliati del loro pannicolo, tentato dal Langenbeck negli ultimi anni, gli è sempre andato a male. Pezzi di pelle del braccio vennero trapiantati su perdite recenti del naso o della faccia dello stesso individuo, e accuratamente cuciti con seta cogli orli della detta perdita. Fino al 3.° giorno si vedevano dei punti rossi od anche un leggiero rossore uniforme su labbre dell'innesto, in modo da assicurare che era avvenuta la vascolarizzazione del mede-

simo. Ma al 4.° o 5.° giorno improvvisamente cambiava aspetto la cosa: la parte innestata si presentava rialzata e completamente mortificata e comprimendola ne sortiva sotto del pus. Evidentemente le riunioni organiche fresche erano state disciolte dalla secrezione della piaga e dalla suppurazione che incominciava. La proprietà del jodoformio di impedire del tutto, sotto adatte condizioni, la secrezione della piaga, incoraggiò il Langenbeck ad applicare l'innesto di un lembo di pelle dell'antibraccio del paziente stesso dopo l'operazione di grave ectropio, del labbro inferiore, il quale si era formato dopo una profonda bruciatura della faccia ed era già stato un'altra volta inutilmente operato.

Il labbro inferiore era in tale stato di ectropion, che i denti e le gengive della mascella inferiore si trovavano a nudo e la bocca non poteva essere chiusa. Il lembo del labbro era disceso fino all'orlo inferiore del mascellare inferiore ed ivi s'era fitto solidamente coll'osso. Il 18 gennajo (1828) venne liberato il labbro inferiore dall'osso e tirato in alto in modo che il suo orlo toccasse quello del labbro superiore; il difetto risultante venne ricoperto con polvere di jodoformio ed ovatta. Questa medicatura restò in posto 10 giorni ed aderì sodamente alla superficie della ferita. Ogni tanto si poteva far sortire di sotto dalla crosta una goccia di liquido chiaro o leggiermente sanguinolento. Il 28 gennajo la medicatura che formava quella crosta venne con qualche pena levata: la piaga granulava. Il 30 gennajo venne reciso un lembo di pelle dal lato esterno del braccio destro insieme al suo pannicolo adiposo, e venne disposto sulla superficie granulante. Il diametro trasversale della mancanza cutanea era di 8 centimetri, il perpendicolare, dall'orlo inferiore del labbro rialzato fino all'orlo inferiore del mascellare inferiore, ne misurava 5. Venne perciò esciso un lembo cutaneo dal braccio lungo 10 centimetri e largo 8 e riunito accuratamente con fino filo di seta agli orli della lacuna cutanea. La sutura venne ricoperta con uno strato di jodoformio e di ovatta, e il lembo trapiantato fu ricoperto con un grosso strato d'ovatta impregnata di jodoformio. Il 4 febbrajo, 5 giorni dopo l'operazione, venne levato l'apparecchio, gli orli del lembo trapiantato si trovano riuniti a quelli della pelle circoscrivente la mancanza, per mezzo di una crosta secca, sodamente aderente, e formata di ovatta e di jodoformio. Tutto il lembo vive, presenta un colore rosso-vivo ed ha la temperatura normale della pelle della faccia. Comprimendola, non sorte più umore. La si copre con ovatta e jodoformio. Questo stato continuò immutato fino al 15 febbrajo, in cui, 11 giorni dopo l'operazione, il lembo presentò alcune striscie brune, le quali gradatamente si ingrandirono, cosicchè fino al 22 febbrajo il lembo trapiantato offriva un bel color bruno, come i mulatti, che poi si convertì pure gradatamente in un color nero. Però la pelle innestata non perdè mai la sua calda temperatura, e non si potè mai scorgere secrezione alcuna

dalla piaga. Evidentemente la mortificazione non andava più in là dello strato più esterno del lembo. Il 4 marzo, 34 giorni dopo l'operazione dell'innesto, questo strato mortificato si distaccò da sè in forma di una crosta sottile come un foglio di carta e sotto vi si vide una superficie cicatriziale perfettamente liscia: il labbro inferiore non aveva punto cambiato della sua posizione, che era la normale.

*Discussione.* — Il Mikulicz (di Vienna) si sente spinto, dagli assalti diretti di recente contro il jodoformio ed anche in occasione del Congresso a dirne qualche cosa. Coll'introduzione del jodoformio si ripetè il destino della maggior parte delle innovazioni, che si ebbero in medicina. In principio un entusiasmo esagerato, a cui spesso tien dietro una reazione parimente esagerata; e solo dopo questi contrapposti si formarono delle idee chiare. Nessuno può negare che le speranze, che, dopo i primi effetti, si avevano sul jodoformio, non siano state per diversi rispetti deluse; ma è pure egualmente certo che gli assalti, messi negli ultimi mesi al jodoformio, sono anch'essi andati troppo avanti. Non si è mancato di dire, nell'attaccarlo, che il jodoformio deve essere del tutto bandito dalla chirurgia, mentre anche i suoi moderati oppositori (specialmente König, il quale ne conosce meglio d'ogni altro i lati manchevoli) lo dichiarano mezzo indispensabile nella moderna Chirurgia.

La questione del jodoformio poggia su due punti principali: 1.° quali vantaggi porta il jodoformio agli ammalati? E quali danni? Dalla risposta alla seconda domanda dipende principalmente l'ammissibilità del medicamento.

Che il jodoformio sia un veleno in sè stesso mortale, è risaputo da tempo: che dalle ferite possa spiegare la sua azione tossica, anche questa è cosa su cui Mikuliez ha richiamato l'attenzione già da un anno, distingendo un avvelenamento, per jodoformio, acuto ed uno cronico; egli ha pubblicato nel maggio dell'anno passato i primi due casi di avvelenamento per jodoformio (1) e in base ai medesimi, egli ha formalmente prevenuto contro l'eccessivo uso del medesimo. Il Mikulicz soprattutto fu il primo, che fece attenti i chirurghi su questo serio inconveniente del jodoformio. Se dopo d'allora non si ebbe più nella Clinica di Billroth l'occasione di osservare dei casi di avvelenamento mortale per jodoformio, ciò è dovuto alle precauzioni ivi messe in pratica, le quali sgraziatamente vennero trascurate da molti altri colleghi, malgrado ogni avvertimento. È perciò naturale che dovettero mancare dopo d'allora in Vienna casi di forme gravi di avvelenamento jodoformico.

---

(1) Erano un ragazzo di 5 anni, nel quale furono usati 40 grammi di jodoformio e un altro di 9 anni, nel quale ne furono adoprati 120 grammi.

L'importanza dell'azione tossica del jodoformio per la cura delle ferite, si potrà solo misurare dopo una severa e precisa analisi dei casi fin qui pubblicati. Si dovranno primamente lasciar da parte parecchi casi descritti come avvelenamenti jodoformici, nei quali il jodoformio o non ebbe alcuna parte nel determinare lo stato del paziente, od almeno la sua azione fu assai dubbiosa.

Già le sei forme, poste dapprima da Schede, di avvelenamento jodoformico non si possono tutte sostenere, e lo stesso Schede ammette che del complesso di sintomi segnati co' numeri 4 e 5 della sua classificazione non si può ancora formare esatto concetto. Anche dell'aumento della temperatura, da Schede prima, poi da Küster, attribuito all'avvelenamento da jodoformio, non si dà ben chiara ragione. All'avvelenamento per jodoformio sono da attribuire, secondo le comunicazioni fatte finora, soltanto i disturbi che si osservarono da parte del cuore e del cervello.

Dei singoli casi descritti di avvelenamento jodoformico si deve dubitare di più d'uno. E primamente di alcuni dei casi di König, come egli stesso concede nella conchiusione della sua raccolta; poi di un caso di Küster, del quale ei pure non è sicuro. Parecchi casi sono poi disgraziatamente così male descritti che il lettore non può farsene una idea precisa. Mikulicz è persuaso che specialmente la sepsi acuta, e particolarmente la peritonite settica, potè venire facilmente scambiata coll'avvelenamento acuto di jodoformio: i casi, in cui l'autopsia non escluse assolutamente la sepsi, non devono perciò con piena ragione esserci noverati. E neppure i casi di morte sopravvenuta con sintomi di collasso dopo gravi operazioni non devono, senz'altro, essere messi a conto del jodoformio.

Mikulicz cita un caso della pratica di un suo collega di Vienna, nel quale la morte avvenuta al 17.° giorno dopo una grave perineorafia venne subito accollata all'avvelenamento del jodoformio, ma l'autopsia fece discoprire la piemia. La paziente era stata per i primi 11 giorni affatto senza febbre, la ferita operatoria era guarita per prima intenzione; poi inquietudine, grande frequenza di polso, inappetenza, ecc.; nessun brivido di freddo, lingua umida. Solamente negli ultimi giorni si presentò lieve itterizia. All'autopsia si trovò un flemmone nel bacino e de'numerosi e piccoli ascessi nei polmoni.

Limitandosi ora a considerare i casi di avvelenamento per jodoformio diligentemente descritti e ben sicuri, e il loro numero è ancora molto considerevole, si vedrà che nella massima parte dei medesimi il jodoformio venne adoprato in quantità esagerata ed in modo affatto inadeguato. L'esorbitanza consiste qui non solo nell'assoluta quantità del jodoformio adoperato, ma anche in tutte le altre circostanze che ne facilitano l'assorbimento.

Un medicamento che tanto difficilmente si discioglie negli umori dei tessuti e solo in minime quantità viene d'un tratto assorbito, è ben

altrimenti temibile, che non un medicamento solubilissimo, quale è per esempio, l'acido carbolico.

Le circostanze favorevoli all'assorbimento del jodoformio sono, oltre alla sua assoluta quantità, prima di tutto l' estensione delle superficie assorbenti, sopra la quale specialmente Czerny ha richiamato l' attenzione dei chirurghi. Per questo rispetto i numeri precisi che si indicano quali dosi massime circa l'uso del jodoformio, non hanno alcun valore. Dieci grammi di jodoformio nel cavo di una piccola ferita tornano il più delle volte del tutto innocui, perchè la superficie assorbente è piccola e la maggior parte della polvere viene cacciata fuori dalle granulazioni che ci si innalzano. Questa medesima quantità ripartita in uno strato sottile su una estesa superficie ferita, può benissimo costituire una dose mortale. È importante inoltre il distinguere se si adopera il jodoformio in polvere o se lo si adopera in cristalli e ciò venne più volte fatto avvertire; è pure assai differente l' adoperare il jodoformio puro o la garza jodoformica.

Mikulicz ritiene molto pericoloso lo stropicciare il jodoformio sulle ferite che da molti è assai raccomandato, e che in un certo numero di casi susseguiti da morte si trovò essere stato fatto. Egli è chiaro che il jodoformio immedesimatosi coi tessuti, più facilmente ne viene assorbito, e non può neanche venir più nettato via quando si presentino i primi indizj di un avvelenamento jodoformico. Anche un apparecchio treppo compressivo favorisce tale assorbimento, e così pure una troppo frequente rinnovazione della medicatura e il cospergere di nuovo il jodoformio, che nella più parte dei casi è poi anche di sicuro inutile.

Di grande importanza è finalmente la qualità della ferita e lo stato di salute dell'individuo. Secondo Behring il jodoformio viene facilmente scomposto dalle ferite recenti, ancora sanguinanti e il jodio, reso così libero, vi viene assorbito in grande quantità. È una grave mancanza ed anche affatto sconveniente lo spargere e peggio lo stropicciare il jodoformio sulle ferite recenti, che possono guarire per prima intenzione ed è anche più pericoloso il riunire per tutta la loro estensione tali ferite così medicate. Pare inoltre che riesca singolarmente pericoloso il jodoformio sulle ferite estese dei soggetti molto grassi: probabilmente esso viene assorbito in maggiore quantità dal tessuto adiposo.

Facendo ora il conto dei casi di avvelenamento per jodoformio finora pubblicati ne' loro particolari, arriva Mikulicz al risultato che nel massimo numero dei medesimi appaiono difetti per l' uno o per l'altro verso. Così nella raccolta di König si trovano 11 casi di morte per jodoformio in adulti, dei quali però si debbono ritenere per bene accertati solo 8 o 9. Quattro di essi erano casi di amputazione di mammella, dopo la quale il jodoformio non doveva in generale essere cosperso sulla ferita. Le amputazioni di mammella, probabilmente per

la presenza dell'esteso cuscino adiposo messo allo scoperto, sono pericolose in modo speciale; anche Neuber e Hoeftman diedero conto di un caso di morte per jodoformio dopo l'esportazione della mammella. A tale errore devonsi addebitare anche alcuni casi di avvelenamento per jodoformio grave ed anche mortale, avvenuto dopo ad amputazioni. Si deve in ispecial modo andar guardinghi nel mettere jodoformio nel cavo peritoneale e nessuno si meraviglierà che Küster abbia veduto seguirne la morte dopo avercene introdotto 35-40 gr. Tenendo conto della vastissima superficie assorbente quella è da ritenersi una dose enorme; e Mikulicz prende occasione di ricordare che egli ha soltanto raccomandato di toccare leggiermente colla garza jodoformica le ferite della cavità addominale, bastando ciò perchè vi resti una sufficiente quantità di jodoformio. Nel 2.° dei casi della Clinica di Thiersch, comunicati da Beger, sono stati adoprati da 50 a 300 gr. di jodoformio; e da 100 a 200 in quello descritto da Henry. In breve, la maggior parte dei casi finora resi pubblici di morte per jodoformio non si debbono attribuire al medicamento in sè stesso, bensì all'imperfetto modo di adoperarlo. Non resta dunque che un numero, relativamente piccolo, di casi nei quali dopo l'uso di modiche quantità di jodoformio si presentarono dei sintomi di avvelenamento gravi ed anche mortali. Non è ammissibile lo spiegarli puramente coll'idiosincrasia, come hanno già ben detto Czerny e König. Secondo questi due autori si deve riguardare come momento predisponente una precedente malattia dell'apparato circolatorio e dei reni, per la quale viene resa difficile l'eliminazione delle combinazioni jodoformiche assorbite. Dovrebbero in proposito stabilirsi delle osservazioni precise.

Mikulicz non può entrare nell'esame del secondo punto, cioè sui vantaggi del jodoformio, per la brevità del tempo. Egli fa solo osservare che non può neanche accordare che anche altri possano sostituire al jodoformio altre polveri antisettiche raccomandate ultimamente, perchè egli ritiene molto più opportuno di starsene con un mezzo provato con sicurezza e di studiarne il pro ed il contro con precisione, anzichè saltare di continuo da uno ad altro medicamento (1).

v. Bergmann (di Würzburg) non ha ancora osservato l'avvelenamento per jodoformio e trova inoltre che recentemente gli si attribuirono molti inconvenienti, che forse non gli sono dovuti. Nella ricca serie dei mezzi antisettici, che noi possediamo, uno adempie meglio a questa e l'altro a quella indicazione. Per esempio, egli è restato finora contento del metodo di Lister, ma ha sostituito il sublimato all'acido

---

(1) Mikulicz distingue una forma acuta di avvelenamento jodoformico, che sopravviene nelle prime 24 ore con debolezza, perdita dell'appetito, vomiti e che scompare in 2-4 giorni; ed una forma cronica che è quella più comunemente conosciuta.

fenico nei mezzi di medicatura, ed usa anche per disinfettare le mani e il campo operatorio una soluzione di sublimato. Però egli non ripulisce con esso le ferite profonde ed estese; anzi per lui l'acido fenico resta ancora sempre il miglior mezzo in generale per la disinfezione primitiva delle ferite. Così pure non mette gli strumenti nella soluzione di sublimato. Egli non ha ancora osservato degli avvelenamenti col suo metodo di medicare.

Köster (di Berlino) nel caso citato da Mikulicz sostiene ancora la sua idea che si trattasse di confusione di mente dipendente dal jodoformio quantunque già nella sua prima pubblicazione avesse lasciato in dubbio il dichiarare quale fosse stata la causa della morte. Se Mikulicz non trova differenza fra la così detta febbre asettica delle ferite e la febbre osservata colla medicatura jodoformica, potrebbe bene dimostrarla lampante l'oratore. La febbre da avvelenamento jodoformico, come egli la chiama, non insorge nel giorno della ferita, ma solo 3-4 giorni dopo e non scompare in 1-2 giornate, ma dura invece circa 8 giorni, vale a dire finchè in generale si trova nel corpo del jodio o del jodoformio. Non è una novità, perchè lo si sa già da molto tempo, che il gozzo coll'uso del jodio può scomparire, ma qualche volta può anche succedere che dopo una forte febbre segua la morte. Il Langenbeck ha dimostrato che la così detta febbre asettica delle ferite colla medicatura carbolica compare soltanto quando si raccoglie sangue nella ferita. Ma si vedono di frequente degli estesi stravasi sanguigni decorrere senza febbre, e, secondo l'osservazione dello stesso Langenbeck potrebbe essersi trattato soltanto di una febbre di avvelenamento carbolico. Si dovrebbe poi ritenere che una tal febbre esista dacchè egli in quest'istesso luogo già da molti anni l'ha dimostrato sperimentalmente.

Schede (di Amburgo) si difende in prima contro una serie di rimproveri fatti sì in iscritto come ora a voce al suo lavoro sull'avvelenamento jodoformio (*Centr. f. Chir.* 1882, N. 3) e dichiara che egli non ha preteso col medesimo di esaurire la trattazione del tema, ma ha mirato unicamente a richiamare l'attenzione dei colleghi sulle fino allora sconosciute forme sintomatiche dell'avvelenamento jodoformico. L'esposizione estesa dei suoi materiali seguirà prossimamente. Del resto egli nota con soddisfazione che la giustezza del giudizio da lui allora pronunciato in opposizione a tutti i più recenti autori: « il riempi- « mento delle ferite estese recenti col jodoformio è assolutamente inam- « missibile »: non è più oggi da alcuno disputata, e che i difensori più zelanti del jodoformio come Leisrink d'Amburgo, sono venuti a migliori consigli riguardo alla altezza della dose permessa di jodoformio. Egli ritiene impossibile fissare una dose massima per la sensibilità differentissima dei singoli individui in confronto al jodoformio. In ogni caso l'estensione delle superfici assorbenti delle ferite è un fattore importantissimo, e gli avvelenamenti più gravi e prontamente mortali si sono sempre osservati con grandi ferite: questi si potranno impedire

in avvenire quasi sempre. Coi numerosi disturbi mentali tra leggieri e gravi, che possono comparire anche dopo piccole dosi di jodoformio, non è più il caso, e l'ha ben determinato lo Schede, di usare il jodoformio così alla leggiera. Schede ha veduto 11 forme leggiere di psicosi jodoformiche e 10 di gravi: e di queste 9 finirono colla morte.

Quel suo caso che Mikulicz non vuol riguardare come un caso di avvelenamento per jodoformio, lo Schede istesso l'aveva fin dalle prime messo come dubbioso. Le medicature colla garza jodoformica sono molto meno pericolose della polvere di jodoformio, ma anche con esse non mancano casi di avvelenamento. Gli effetti ottenuti sono dovuti dunque alla medicatura colla polvere di jodoformio ma non sono però rimossi del tutto colla medicatura di garza.

È poi finalmente di particolare importanza il notevole peggioramento dell'igiene ospitaliera, il quale venne osservato non solo da Schede, ma anche da Kocher, Podrasky, Küster, Gueterbock ed altri e che si manifesta specialmente colla frequenza e gravità della resipola.

Schede nel Friedrichstain ebbe sopra più che 10,000 ammalati di chirurgia stazionarii (cioè non ambulanti) 26 casi di resipola con 2 morti. Nel grandissimo ospedale d'Amburgo, che è fabbricato con principii antiquati, ve ne fu forse sempre di più di resipola. Nel 1880 ve ne furono 11 casi, fra cui 3 mortali, circa la media degli anni precedenti. Dell'aprile 1881 vi venne gradatamente introdotta la medicatura jodoformica, e il numero delle resipole nei primi sei mesi del 1881 già superò la media annuale finora avutavi, cioè fu di 11 con 2 morti. Ma dal luglio al dicembre del 1881, nel qual tempo si adoperò esclusivamente il jodoformio, Schede ebbe 23 resipole con 9 casi di morte, e nel gennaio dell'anno corrente, nel quale venne usata quasi solo la garza jodoformica, ebbe ben 5 resipole con 4 morti. In tutto dunque in 13 mesi vi furono 39 casi di resipola con 15 esiti letali, e 17 casi di resipola, con 6 casi di morte, comparvero direttamente proprio mentre si adoperava la medicatura jodoformica. L'enorme mortalità parla chiaramente per la gravità delle forme. Le resipole non solo si dimostrarono inaccessibili assolutamente a tutti i mezzi abortivi, ma in parte diedero anche prontamente luogo alla piemia metastatica, che Schede non aveva più avuto fin dal 1872.

Schede riassume le sue osservazioni sulla medicatura jodoformica col dire che essa direttamente o indirettamente produce una serie di casi di morte, i quali con altri modi di cura si sarebbero potuti prevenire, e che produce inoltre un gran numero di disordini mentali assai inquietanti: d'altra parte non può affermare con una semi-certezza di dovere al jodoformio la vita di un solo dei suoi ammalati. Gli manca perciò il coraggio di continuare a sperimentare il jodoformio, e non ne avrebbe neanche motivo dacchè egli ha trovato che il sublimato è un antisettico comodo e molto più efficace, e dopo l'uso del medesimo le resipole subito scomparvero.

v. Langenbeck (di Berlino). Egli non ha confuso la febbre asettica colla febbre carbolica, sia pure la febbre d'un tratto scomparsa colla evacuazione del sangue. Egli impiega sempre il meno possibile di jodoformio, e non ha finora osservato in conseguenza di questo alcun caso di avvelenamento.

Bardeleben (di Berlino) ha solo poche osservazioni proprie di avvelenamento per jodoformio. Egli evita più che può l' uso simultaneo del jodoformio e dell'acido fenico, che Mosetig ha dimostrato poter riuscire dannoso, e perciò impiega la soluzione di sublimato per nettare le mani e il campo operatorio; egli inoltre usa il jodoformio solo in piccole dosi. Contro la resipola il jodoformio è malsicuro al pari degli altri antisettici. Di tempo in tempo la resipola è frequente sia nella pratica privata sia nella ospitaliera, malgrado tutti gli antisettici, per poi scomparire del tutto o quasi, di tratto in tratto, senza chè la cura vi abbia una in fluenza notevole.

P. Gueterbock (di Berlino) partecipò alla discussione sul jodoformio per dichiarare a proposito della comunicazione di Schede circa i 4 casi di resipola osservati dall' oratore sui 19 curati, che deve ritenersi in concreto molto problematica la connessione fra la risipola e la medicatura jodoformica. Egli premunisce inoltre contro le comunicazioni dei casi di così detto avvelenamento jodoformico per nient' affatto sicuri, le quali non fanno spesso altro che dar luogo a conclusioni inattendibili. L' oratore richiama inoltre l' attenzione su un miglior esame dei preparati di jodoformio, che corrono in commercio, ed aggiunge alcune notizie rispetto ai fenomeni locali irritativi provocati dalla cura jodoformica.

Rosenbach (di Gottinga) dichiara che il jodoformio spiega contro varii batterii, per esempio, contro i batterii del carbonchio una azione poco ostile.

Schede assicura Gueterbock che egli non ha dichiarato che il jodoformio produca la resipola, ma soltanto che esso non è in grado di impedirla. A. Mikulicz replica che egli già da tempo ha rinunciato nei ragazzi alle abbondanti nebulizzazioni carboliche per non avere più degli avvelenamenti carbolici e si accontenta del timolo, delle deboli soluzioni di cloruro di zinco, e specialmente delle soluzioni di acetato d' allumina che è tanto potentemente antisettica. Anche negli adulti è molto prudente coll' acido carbolico, e non ha perciò mai avuto pazienti, che presentassero avvelenamento jodoformico, e contemporaneamente avessero orine carboliche. Questa spiegazione, alla quale talora è certamente da ricorrere pel passato, non si darà più quindi innanzi. I preparati debbono venire custoditi colle norme consuete in luogo assolutamente netto e ben esposto e devono essere conservati colla stessa cura, che prima si usava colle stoffe della medicatura Lister.

V. Winiwarter (di Liegi) premunisce specialmente contro il chiudere

e contro il comprimere strettamente le ferite, spolverate di jodoformio. Egli ha oltre ad alcuni leggierissimi avvelenamenti, osservato solamente una grave intossicazione, non però mortale, nel caso di una estesa scottatura, nella quale questo mezzo era stato adoperato per più di un mese in gran copia. Egli loda particolarmente i servizii del jodoformio negli stati difterici delle piaghe e nelle operazioni sulle mucose.

Escher (di Trieste) ha osservato un caso di mania jodoformica finita colla morte. All'autopsia, nel cervello non si trovò traccia di jodoformio.

Casarini Giuseppe. — **Il jodoformio nella cura delle malattie dell'utero.**

V. Il precedente fascicolo di questi Annali (*Rivista*), 1882 ottobre, pag. 324.

Saltini Giulio. — **Sull'impiego del jodoformio in oculistica.**

V. idem, p. 334.

# X CONGRESSO GENERALE DELL'ASSOCIAZIONE MEDICA ITALIANA

**tenuto in Modena dal 18 al 24 settembre 1882.**

**(Continuazione e fine. — Vedi fascicolo precedente, pag. 344).**

---

## VIII. — Sezione d'anatomia e fisiologia normali e patologiche.

PINOLINI FRANCESCO. — **Sui bacilli nella tubercolosi** (1).

Dopo aver parlato dell'importanza e sviluppo degli studi odierni sui microrganismi stabilisce esistere nella tubercolosi cinque forme di bacilli: *i bastoncini del Koch, le due forme del Baumgarten, un'altra più tozza ed allargata di forma quasi ovalare, e finalmente la forma a catenella*; crede che queste diverse forme debbansi ad un differente periodo dello sviluppo di questi microbi. Dice che le preparazioni sì di questi come de' tubercoli debbono esser fatte con piccolissima particella di essi e per rendere insolubile i composti albuminoidi si può esporre i preparati in un ambiente a 100° o passarli nella fiamma di una lampada. Crede che il sistema della doppia colorazione del Koch non sia necessario. Espone il suo metodo, a parer suo più pronto di quello del Koch, che consiste nello spalmare il vetrino colla sostanza in esame, farla asciugare e passarla poi sulla fiamma, lavarla in acqua distillata poi nella benzina e porlo a galleggiare in una soluzione di fenilamina: a questa soluzione aggiunge o violetto di metile o fucsina od altro colore a base di anilina e metile in soluzione concentrata nell'alcool, lasciando il vetrino finchè appaja colorato. Per rendere meglio visibili i bacilli e scoprirne maggior numero possibile sottopone la sostanza ad un getto sottilissimo a 20° con piccola quantità d'acqua solforica. Espone il metodo del Koch: crede di aver eliminata la presenza di microbi della putrefazione avendo immersi i polmoni tubercolosi in un liquido fortemente fenicato o in alcool. Altro metodo senza colorazioni, esige secondo l'Autore, forti ingrandimenti di 1200 diametri con illuminazioni a luce centrale. Crede eccellenti gli obbiettivi di Zeiss e Rollet ad immersione omogenea. Metodo di conservazione la gelatina con glicerina, oppure il balsamo. Dice che passerà presto alla coltivazione dei bacilli secondo il metodo di Koch ed alle inoculazioni. Espone fotografie e preparati di sangue d'individui tubercolosi, non che altri tolti da sostanze caseose.

---

(1) Lavoro fatto insieme col dott. Negri.

Il Presidente prof. Bizzozero chiede all'Autore se ha usato il metodo di Ehrlich. Quegli risponde che questo metodo non gli ha dato buon risultato. Il prof. Majocchi soggiunge che è rimasto molto impressionato dalle varie forma di bacilli osservati sulle fotografia: secondo Koch il bacillo della tubercolosi è piccolo ed appuntato; pare al professor Majocchi che le varie forme descritte dagli autori possano anche interpretarsi come fasi di sviluppo dello stesso microrganismo, nè si può decidere la questione se non colla colorazione. In quanto al diffondersi della tinta sul balsamo osservata dal Pinolini, crede non sarebbe avvenuto se gli autori si fossero serviti del violetto di genziana: dice pure di esser rimasto sorpreso della straordinaria quantità di bacilli che osservansi sulla preparata fotografia del Pinolini e del Negri, mentre Koch ha dimostrato che in diversi prodotti (sputi, tubercoli, ecc.) i bacilli sono rari e però può emettersi il sospetto di uno sviluppo secondario di bacteri della putrefazione. Pinolini risponde che anche Baumgarten ammise varie forme di bacilli e che la coltura, unico criterio decisivo per rispondere alle obbiezioni del professor Majocchi, non potè ancora eseguirla. Majocchi replica trovando strano che nel sangue del tubercoloso possa esservi tanta abbondanza di bacilli. Il professore Golgi propone al dottor Pinolini di fare la dimostrazione dei suoi preparati. Il dottor Bergonzini dice di aver osservato e pubblicato nel 74 il repertó di bacilli esistenti negli sputi dei tubercolosi e di ammalati con catarri bronchiali cronici, ecc., ma di averli sempre creduti prodotti di decomposizione delle secrezioni bronchiali; ammette per l'abbondanza di bacteri nei preparati del Pinolini che si tratti anche in questo caso di organismi da putrefazione. Il Pinolini dichiara che farà quanto prima una dimostrazione in proposito.

FOÀ PIO. — **Sull'azione fisiopatologica del fermento fibrinogeno.**

Dice anzitutto dell'azione tossica e non infettante dei liquidi parenchimatosi e del fermento fibrinogeno; soggiunge che in seguito a molte esperienze è riuscito di dimostrare che i liquidi degli organi, indipendentemente dal sangue contenuto, posseggono un'azione coagulante sul sangue. Col metodo di Schmidt ha isolato dagli organi una sostanza che agisce come fermento. Parla della somiglianza fra i fatti anatomici di alcune infezioni e gli altri delle abbruciature e della intossicazione da fermento. Il reperto gli dimostrò costantemente un'enterite follicolare ed alterazioni caratteristiche del midollo osseo. Injezioni con questo fermento nel parenchima del testicolo riuscirono letali negli animali, e la milza si dimostrò rigida, dura, cianotica: spesso osservò idrope ascite e idrotorace da trombosi del dotto toracico e de' linfatici addominali: del pari trovò precipitazioni fibrinose nelle valvole del cuore ed essudati fibrinosi non infiammatori di pericardio e della pleura.

Il Presidente, niuno domandando di parlare, fa osservare che se si

mettono le piastrine del sangue fresche e ben lavate in un liquido protoplastico avviene uguale coagulazione. Il prof. Foà osserva che al pari del prof. Bizzozero anch'egli ha trovato che adoperando gli elementi provenienti dal sangue coagulato e spremuto allo stato fresco si ha la coagulazione della fibrina, cosa che non succede per i liquidi risultanti dallo spappolamento de' parenchimi freschi. Forse la differenza è semplicemente riferibile alla diversa quantità del fermento fibrinogeno contenuto nel sangue e negli organi.

Fano. — **Su una nuova proprietà dei corpuscoli rossi dei mammiferi.**

Parla delle sue esperienze sul peptone e del rapido cessare della reazione del peptone nel sangue; dimostra le trasformazioni del peptone assorbito dalle vie digerenti o trasfuso in seno al sangue e come il peptone sia trasformato ed trattenuto dagli elementi morfologici del sangue. Questa trasformazione consiste in un processo di disidratazione per la quale i peptoni sono trasformati in albuminoidi coagulabili. Gli elementi attivi di detta trasformazione sono i corpuscoli rossi che assimilando i peptoni che entrano in circolo, aumentano il peso specifico. È probabilmente ai sali potassici, che i corpuscoli rossi contengono, che si deve la disidratazione dei peptoni per la quale questi ultimi si trasformano in globulina e perchè questo processo si compia, la presenza dell'ossi-emoglobina è condizione indispensabile. Gli albuminoidi trattenuti funzionano da alimenti di riserva essendo ceduti i tessuti a misura ch'essi consumano le loro sostanze plastiche.

Il dott. Giacosa domanda al dott. Fano perchè egli non abbia isolato i corpuscoli rossi col metodo di Hoppe-Seyler; ed il dott. Fano risponde che ciò non era necessario perchè la determinazione dei residui secchi e degli albuminoidi dei corpuscoli rossi egli l'otteneva colla differenza fra il residuo degli albuminoidi del plasma ed il residuo degli albuminoidi del sangue intero. — Giacosa riprende che allo stato attuale delle nostre cognizioni non crede si possa attribuire ai sali potassici dei corpuscoli rossi un'azione disidratante tanto più che il dott. Fano stesso ammette che in certe condizioni i corpuscoli rossi non esercitano la loro azione sui peptoni malgrado che contengano sempre dei sali potassici. — Il dott. Fano risponde chee gli non ha attribuito ai soli sali potassici questo processo, perchè riconoscendo come il sangue ossicarbonato disidrati molto meno rapidamente i peptoni, stabiliva che questa disidratazione era fatta colla mediazione della sostanza colorante del sangue.

Balduino Bocci. — **Miografo a spira.**

Si compone di un piede di legno sul quale giace un tavolo al quale è fissata la rana. Il tavolo di legno è il piano del miografo ed ha una spira metallica, un indice metallico, l'eccitatore elettrico di Moleschott,

sul quale Bocci insiste avendogli servito egregiamente. L'indice metallico ha una tacchettina d'osso di balena con penna d'oca. Dimostra alcuni tracciati ottenuti col suo miografo, il quale raccomanda dopo di aver emesse alcune norme di tecnica.

Il dott. Fano domanda quale sarebbe secondo l'Autore la parte originale dell'apparecchio; non crede che la spirale offra particolari vantaggi sulla bilancia del miografo del Pflüger o sulla corda elastica del miografo del Marey. Bocci risponde che colla spira si evitano le grandi oscillazioni e le inesattezze della curva. Il dottor Fano replica trovando la spirale capace di maggiori oscillazioni della lastra elastica di Marey e della bilancia di Pflüger. Il dott. Corso dice che nel laboratorio di fisiologia di Firenze esiste un antico apparecchio, al quale fu applicato il principio della spirale e che può servire anche come miografo.

Vengono dati alcuni schiarimenti sull'apparato del quale ha parlato il Corso, quindi il professor Foà domanda sia chiusa la discussione e l'invio del miografo Bocci all'Esposizione per essere giudicato dalla Commissione tecnica. Bocci si riserva di pubblicare il suo miografo dopo di averne studiati tutti i miglioramenti possibili.

GIACOSA PIETRO. — **Ricerche sull'involucro mucilaginoso dell'uovo della rana. (Rana temporaria).**

Eccone i principali risultati.

L'involucro mucoso, imbevuto d'acqua e raggiunte dopo poche ore le sue dimensioni massime, resiste alla putrefazione per lunghissimo tempo, anche se venga messo in un liquido putrefatto.

La sostanza che lo compone si scioglie nell'acqua di calce satura, l'acido acetico in eccesso la repricipita: il precipitato ben lavato e sottoposto all'analisi diede in media: carbonio 53 0|0, idrogeno 7,1 0|0, azoto 9,33 0|0, zolfo 1,32 0|0, ceneri 0,62 0|0.

Da questo risultato e dalle reazioni della sostanza l'Autore conchiude che essa è mucina. Concordemente alle altre mucine trattata coll'acido solforico diluito fornisce una sostanza riducente. A questo proposito si discute l'opinione del Laudeorler che la sostanza riduttrice non sia un vero prodotto di sdoppiamento della mucina, ma piuttosto una impurità della mucina stessa.

La mucina delle uova di rana si conserva a lungo nell'acqua di calce senza trasformarsi in acidalbumina; tuttavia in capo ad un mese egli avvertiva una diminuzione di circa 37 0|0 del peso della mucina primitiva. La resistenza della mucina alla putrefazione potrebbe provenire dal suo stato di agglomerazione molecolare più che dalla sua natura chimica, dacchè le ricerche del Wälchli provano che la mucina si putrefà. La mucina delle uova di rana le protegge dall'azione di sostanze molto attive (acido acetico concentrato).

L'ovidutto delle uova della rana contiene una sostanza analoga alla

mucina, che, come essa, si gonfia assorbendo acqua e la cui composizione chimica differisce da quella della mucina dell'involucro delle uova.

Il prof. Romiti si compiace degli studi del Giacosa ed è ben lieto di poter confermare dietro i suoi studi embriogenetici, alcuni risultati dati dal prof. Giacosa. Afferma di aver visto più volte i girini mangiare frammenti di mucina e che questa difende molto perfettamente le uova di rana tantochè esse si sviluppano immerse in molti reagenti, all'infuori dell'acido osmico

Il prof. Golgi mostrava quindi preparati microscopici sulla paralisi pseudo-ipertrofica e che confrontati coi disegni presentati hanno dimostrato la realtà delle sue osservazioni.

Il profess. Giacomini presentava pure bellissime sezioni di cervello umano.

(*20 Settembre*).

Foà Pio. — **Sulla fisio-patologia della milza.**

Accenna agli ultimi studi sull'argomento ed al suo metodo di esperimento col quale dice di avere fatto procedere allo smilzamento l'esame diligente dell'*omento*, nè crede che l'azione dell'aria sia molto a temersi poichè su 45 cani operati ebbe soli 2 casi di setticoemia. Parla dei risultati della smilzatura nei cani anemici esaminati a vario periodo con nessun risultato per la neoproduzione della milza. Così l'iperfunzionalità del midollo osseo la vide seguire alla ablazione di *altri organi* che non siano la milza. Dice di aver trovato molte volte in cani normali noduli dell'omento, così nel legamento gastro-splenico. La cauterizzazione della milza diede aderenze di questa all'omento nei punti cauterizzati; nessuna neoproduzione dei noduli.

La polpa splenica presso al punto cauterizzato dimostra risveglio dell'attività ematopoetica. Per la legatura dell'arteria splenica e dei suo rami non osservò modificazioni della milza, qualche volta risveglio della attività ematopoetica. Alle amputazioni parziali della milza segue ingrossamento ed ematopoesi del pezzo rimasto, non ammette la conversione dell'epiploon in tessuto splenico; asportando infatti l'epiploon anche senza alcuna aderenza avviene cicatrizzazione; le irritazioni dell'epiploon non gli danno risultati. Conclude: I. la rigenerazione della milza per asportazione non risulta dimostrata da questa esperienza, II. molti fatti patologici possono svolgersi nella milza senza neo-formazione della stessa, III. la produzione dei noduli è indipendente dallo stato della milza e del midollo osseo, IV. la milza può rigenerare sè stessa quando sia parzialmente asportata, V. la milza è solo virtualmente ematopoetica, VI. che anche in istato fisiologico trovansi nell'omento dei noduli mentre non esiste simultaneamente alcuna alterazione patologica della milza ed organi ematopoetici.

Tizzoni Guido. — **Sette casi di splenotomia nel cane.**

In 2 di questi casi osservò riproduzione diffusa della milza nel grande omento ed in altre ripiegature del peritoneo, formata da noduli contenenti moltissimi globuli rossi nucleati. Indubbiamente in questi casi la milza era normale: oltre ai grossi nodi si trovavano pure ancora macchie nell'omento che rappresentavano la prima formazione di corpuscoli Malpighiani; l'aspetto dei noduli e quello di una milza neoformata, ne segue le vie di sviluppo, non è limitata all'omento, ma si estende ad altri punti, es. mesoretto, legamento gastro-splenico. In tagli completi trovò regolare sviluppo della milza. Ha trovato in 60 cani 7 milze ammalate con simultanea neo-produzione. Le alterazioni della milza grande sono di 3 specie: I. cicatrici qua e là nella milza, II. cicatrice unica che divide la milza in due, III. cicatrice semplice alla quale aderisce il grande omento. Presenta il disegno di splenite indurante; la neo-produzione della milza grande avviene al dintorno della parte ammalata della milza, quindi tanto nel legamento gastro spelenico, quanto nell'omento quando questo erasi fatto aderente a queste parti; e perciò crede che sia impossibile che avvenga di fare una splenotomia senza accorgersi di nodi preesistenti; insiste sul fatto che la milza neoprodotta ha carattere di milza embrionale, segue uno sviluppo naturale, mentre nelle neo-produzioni dell'omento per malattie della milza grande i piccoli nodi hanno carattere di organi adulti e sono irregolarmente sviluppati, forse perchè in questo caso la neo-produzione fu sorpresa in un periódo più avanzato: nella riproduzione sperimentale i noduli contengono sempre corpuscoli del Malpighi, mentre nella riproduzione patologica si possono avere anche noduli grandi senza corpuscoli, e rappresentati da semplice infiltrazione di sangue in un tessuto connettivo con molti vasi venosi a pareti sottili: dimostra ancora che la neoformazione della milza è tanto più abbondante quanto più la milza grande è ammalata salvo il caso che il grande omento fosse pure preso dalla lesione. In quanto alla riproduzione dei pezzetti di milza è d'accordo con Griffini provenga dall'omento. Per sorprendere le fasi di sviluppo della riproduzione splenica al difuori della ferita apriva l'addome a varii periodi e dimostrava la comparsa successiva di noduli di milza nel grande omento.

Concludendo ammette che la milza possa riprodursi totalmente tanto in seguito ad esportazione, quanto in seguito a malattia della milza stessa, come può aversi riproduzione parziale per effetto del grande omento. Le probabili condizioni che favoriscono queste riproduzioni totali o parziali pare siano l'allontanamento di processi irritativi e l'impiego di mezzi che conducono a pronta guarigione, e perciò si osserva riproduzione locale facendo l'operazione col tagliente e manca quando si produca una lesione con mezzi più energici quali il caustico ed altri: quanto all'interpretazione che deve darsi a questa neoformazione della milza il Tizzoni ha fatto nuove ricerche che gli permettono fin

d'ora d'arguire che il connettivo in seguito a diverse contingenze dell'organismo ritorna allo stato embrionale ed ha luogo la riproduzione di noduli descritti e la comparsa di elementi che hanno il nucleo in via di scomparire ed il protoplasma liscio colorabile coll'*eosina*.

Il prof. Foà afferma di avere operato sopra 45 cani e di opporre alle 7 smilzature del Tizzoni le sue 12, dalle quali dietro l'esame più rigoroso dell'epiploon prima e dopo l'operazione non gli risultò rigenerazione della milza: anche in noduli minimi esaminati per intero non potè trovare corpuscoli Malpighiani; afferma di non poter accettare la spiegazione dello sviluppo della polpa splenica da infarto emorragico intorno ad un corpuscolo Malpighiano. Casi di milza patologica con nodi sull'omento aderente dice di averne veduti parecchi, ma insiste di nuovo in casi su cui ha trovato noduli sopra l'estremità libera dell'epiploon senza aderenza e senza alcuna alterazione della milza ed organi ematopoelici. Conclude di non poter accettare alcun vincolo necessario fra quei noduli ed uno stato qualsiasi della milza.

Mosso Angelo. — **Nuovi metodi per studiare la circolazione del sangue.**

Dieci anni fa il prof. Mosso osservò che nelle espirazioni le estremità diminuiscono di volume, trovò la causa di queste modificazioni del circolo e parla del suo apparecchio per determinare le differenze quantitative del sangue che si trova nel polmone nei due atti della respirazione. Ciò fu fatto anche fuori dell'organismo, ma egli pensò di riprodurlo nell'uomo stesso. L'apparecchio ideato si compone di una tavola trasformata in giogo di bilancia e appoggiata ad un sostegno. Questa tavola offre su quella del Borelli il vantaggio di poter sempre per opera di un peso esser ricondotta alla posizione orizzontale. Nell'inspirazione osserva che la bilancia trabocca dal lato dei polmoni: per misurare la quantità del sangue determina quanto di peso deve levare da un peso determinato collocato presso il torace. Le esperienze con questo apparecchio si fanno con metodo grafico: possono studiarsi i movimenti dei vasi, e l'Autore lo crede utilizzabile nella clinica per diagnosticare gli spostamenti dei liquidi nelle cavità.

Il dott. Bocci dice che il sopraccaricarsi in sangue del polmone durante l'inspirazione è tema tuttora discutibile assai in fisiologia, e dopo aver citato i lavori di Tinbrodt cita quelli recenti di Funke e Latschenberger.

Il prof. Mosso risponde che dopo le pubblicazioni accennate dal Bocci si è svolta tanta letteratura su questa questione anche in Italia da non potersi più in un Congresso richiamare l'attenzione solo ai lavori che segnano il punto di partenza della questione senza tener calcolo dello svolgimento recente di questo studio.

Tizzoni Guido. — **Sette casi di splenotomia nel cane.**

In 2 di questi casi osservò riproduzione diffusa della milza nel grande omento ed in altre ripiegature del peritoneo, formata da noduli contenenti moltissimi globuli rossi nucleati. Indubbiamente in questi casi la milza era normale: oltre ai grossi nodi si trovavano pure ancora macchie nell'omento che rappresentavano la prima formazione di corpuscoli Malpighiani; l'aspetto dei noduli e quello di una milza neoformata, ne segue le vie di sviluppo, non è limitata all'omento, ma si estende ad altri punti, es. mesoretto, legamento gastro-splenico. In tagli completi trovò regolare sviluppo della milza. Ha trovato in 60 cani 7 milze ammalate con simultanea neo-produzione. Le alterazioni della milza grande sono di 3 specie: I. cicatrici qua e là nella milza, II. cicatrice unica che divide la milza in due, III. cicatrice semplice alla quale aderisce il grande omento. Presenta il disegno di splenite indurante; la neo-produzione della milza grande avviene al dintorno della parte ammalata della milza, quindi tanto nel legamento gastro spelenico, quanto nell'omento quando questo erasi fatto aderente a queste parti; e perciò crede che sia impossibile che avvenga di fare una splenotomia senza accorgersi di nodi preesistenti; insiste sul fatto che la milza neoprodotta ha carattere di milza embrionale, segue uno sviluppo naturale, mentre nelle neo-produzioni dell'omento per malattie della milza grande i piccoli nodi hanno carattere di organi adulti e sono irregolarmente sviluppati, forse perchè in questo caso la neo-produzione fu sorpresa in un periodo più avanzato: nella riproduzione sperimentale i noduli contengono sempre corpuscoli del Malpighi, mentre nella riproduzione patologica si possono avere anche noduli grandi senza corpuscoli, e rappresentati da semplice infiltrazione di sangue in un tessuto connettivo con molti vasi venosi a pareti sottili: dimostra ancora che la neoformazione della milza è tanto più abbondante quanto più la milza grande è ammalata salvo il caso che il grande omento fosse pure preso dalla lesione. In quanto alla riproduzione dei pezzetti di milza è d'accordo con Griffini provenga dall'omento. Per sorprendere le fasi di sviluppo della riproduzione splenica al difuori della ferita apriva l'addome a varii periodi e dimostrava la comparsa successiva di noduli di milza nel grande omento.

Concludendo ammette che la milza possa riprodursi totalmente tanto in seguito ad esportazione, quanto in seguito a malattia della milza stessa, come può aversi riproduzione parziale per effetto del grande omento. Le probabili condizioni che favoriscono queste riproduzioni totali o parziali pare siano l'allontanamento di processi irritativi e l'impiego di mezzi che conducono a pronta guarigione, e perciò si osserva riproduzione locale facendo l'operazione col tagliente e manca quando si produca una lesione con mezzi più energici quali il caustico ed altri: quanto all'interpretazione che deve darsi a questa neoformazione della milza il Tizzoni ha fatto nuove ricerche che gli permettono fin

oppure se è utilizzata in un modo qualunque per lo sviluppo dell' embrione.

Descritti e mostrati alcuni preparati, trova che gli stessi mettono in evidenza le seguenti cose: 1.° Tutto il cosidetto cilindro che si trova nella cavità deciduale è l'embrione; 2.° Che i rapporti tra il cilindro ed il rivestimento deciduale sono vascolari; 3.° Quella che dicesi corion è una parte della tumefazione della decidua o più propriamente quello che l' Ercolani chiamò strato cellulo-vascolare; 4.° La decidua quindi non si limita, oltre la placenta, a dare gli elementi della reflexa, ma forma addirittura il primo involucro dell'embrione; 5.° Tra la decidua e l'embrione vi è uno spazio occupato da sangue, la cui presenza può intendersi, o che una parte delle cellule blastodermiche periferiche divengano sangue, o che vi arrivi dalla decidua, oppure è dovuta ad altra sorgente.

Partendo dal fatto che la granulosa cade, ed il sangue tra l'embrione e la decidua si trova da bel principio, prima anche che questa sia divenuta vascolare e d' altronde avendo assodato per altre ricerche che la granulosa non resta in sito allo scoppio del follicolo di Graaf, mentre essa è sempre un materiale utilizzabile, egli inclina al sospetto che possano essere gli elementi di questa che si trasformano almeno in parte in sangue od almeno in elementi con protoplasma giallastro e possibilmente emoglobinico, inservienti a sostenere i grandi bisogni del primo sviluppo dell'embrione.

Bizzozero. — **Sulla produzione dei globuli rossi nelle diverse classi dei vertebrati.**

Poco più di dieci anni fa nulla si sapeva di preciso sul modo di formazione dei globuli rossi; esisteva una ipotesi, cioè ch' essi provenissero dai globuli bianchi e questa era accettata perchè non ne esisteva altra. Fu fatto un passo notevole quando sul midollo delle ossa si ritrovarono tanto nei vertebrati superiori quanto di alcuni inferiori globuli rossi giovani, *provvisti di nucleo*; e ciò dimostrava che la produzione dei globuli rossi doveva aver luogo in quell'organo. Senonchè restava ancora a determinarsi l'origine di questi globuli rossi nucleati, ed anche per essi si ammetteva una derivazione da trasformazione dei globuli bianchi del sangue. Fino d' allora Bizzozero aveva fatto notare che molti di questi globuli nucleati si presentano in istato di scissione, cioè con nuclei doppi e con uno strozzamento equatoriale. Più tardi egli trovò che questa moltiplicazione degli elementi ha luogo per *scissione indiretta*. Recentemente poi su studii intrapresi col dott. Torre trovò che questi elementi giovani in scissione hanno la loro sede sul midollo delle ossa nei mammiferi, uccelli, rettili, batraci anuri, mentre han luogo sulla milza negli urodeli e nei pesci. Resta così dimostrato che la produzione dei globuli rossi nell'adulto, al pari di quel che succede nei periodo embrionale succede sempre per *scissione*. Sicchè non

è più necessario ricorrere all'ipotesi di una trasformazione dei globuli bianchi.

Pellacani Paolo. — **Ricerche chimiche e farmacologiche sul gruppo della canfora.**

Fa qualche considerazione generale su questo gruppo, ed entra a parlare di una sostanza che è un prodotto di scomposizione dell'acido *canfoglicoronico*. Ne descrive i caratteri e l'azione fisiologica sulla quale si ferma di preferenza, parlando dell'influenza dimostrata dalla sostanza sul sistema circolatorio dei mammiferi e particolarmente sul cuore. Influenza che direttamente si manifesta sul muscolo cardiaco, escludendo qualsiasi azione sul vago, ecc. Per la solubilità della sostanza, adoperabile per via ipodermica, la raccomanda come eccitante del sistema vascolare, dimostrandosi per sua influenza un aumento duraturo della pressione, e ciò per irritazione dei centri vasomotori. Ne fa un confronto coll'azione della canfora comune.

Parla quindi di altre canfore del *mentolo* e del *borneolo*, sostanze di un'azione molto analoga sul sistema nervoso, non così sul sistema circolatorio. Parla della loro azione sul sistema nervoso e muscolare degli animali a sangue freddo, e dei mammiferi. In questi accenna alla paralisi di moto e di senso per forti dosi, e ne localizza la sede di azione. In quanto ai riflessi ha studiato particolarmente con varii metodi la influenza di queste sostanze sui riflessi, che vanno diminuiti e perduti.

Così pel sistema vascolare, divide gli effetti di queste sostanze dimostrandosi su questo sistema di ben altra natura l'influenza del *borneolo*. Questo paralizza il cuore della rana d'una paralisi muscolare e nei mammiferi ne paralizza i vasi; pel mentolo ne fa comparazioni colla canfora perciò che riflette il sistema circolatorio.

Espone le sue ricerche sulla *bromocanfora* e parlà in fine dei prodotti del ricambio di questa canfora sull'organismo, che presenta; non che delle sostanze che provengono dalla sua scomposizione.

Bergonzini Curzio e Tonini Guglielmo. — **Studi su alcune inoculazioni bacteriche.**

Hanno preparato un liquido contenente acqua, fosfato di potassa, solfato di magnesia e tartrato d'ammoniaca, il quale se è lasciato esposto all'aria libera si carica di bacteri come se fosse un liquido organico. In esso il microscopico lascia vedere tutte le forme bacteriche che si rinvengono nel sangue o nei liquidi proteici che imputridiscono. L'inoculazione però dei bacteri, ch'esso contiene, fatta sotto la pelle di rane, cavie, conigli, e anche nella vena giugulare di due conigli è restata senza alcun effetto. Gli autori hanno poi dializzato alcuni liquidi putridi nell'acqua pura alla temperatura di 37.° ed hanno così ottenuto di separare dalle sostanze putride i bacteri che vi si erano prodotti. Inoculati questi sotto la pelle di non pochi animali sono pure sempre ri-

masti senza effetto, mentre l'inoculazione del liquido putrido dal quale provenivano, è sempre stata mortale.

Hanno anche scaldato i liquidi putridi a 150° in tubetti di vetro chiusi alla lampada. Si sono potuti accertare colle coltivazioni sulla gelatina semisolida, che i germi bacterici non avevano resistito, non pertanto in 12 esperimenti, tre volte hanno ottenuto la morte degli animali inoculati.

Gli autori senza voler pronunziarsi ancora recisamente sopra una quistione tanto grave, credono però di essere autorizzati dai loro esperimenti alle seguenti conclusioni: 1.ª I bacteri atmosferici che vegetano in liquidi adatti a mantenere la loro vita possono venire inoculati impunemente agli animali suscettibili d'infezione, purchè nel liquido ove vivono non si trovino sostanze organiche di quel gruppo speciale che si addimandano colloidi. 2.ª Le infezioni che si producono mediante le injezioni degli ordinarii liquidi putridi si devono forse alle sostanze proteiche le quali trasformate per il fenomeno chimico della putrefazione in ptomaine, possono mettere in atto certe proprietà degli elementi cellulari e promuovere la loro proliferazione o la secrezione nel seno dei tessuti di liquidi parimenti virulenti.

Il prof. Perroncito dimanda schiarimenti riguardo alla prima conclusione perciocchè se si trovassero delle spore d'antrace nell'aria, queste si svilupperebbero nel liquido e lo renderebbero virulento. Bergonzini risponde che non ne ha tenuto calcolo essendo qui l'antrace affatto eccezionale. Ripete il Perroncito che importa sempre conoscere le varie forme di bacteri, che si ritrovano in un liquido perchè v'hanno di quelli detti innocui, altri nocivi. Al Bergonzini sembrava che adoperando il dializzatore tutte le forme bacteriche, esistenti nel liquido, dovessero ritrovarsi in esso; ma si propone di far nuovi esperimenti in proposito.

OEHL EUSEBIO. — **Contribuzione allo studio della eccitazione elettrica dei nervi.**

Eccone le principali conclusioni: 1.° Conferma, con una nuova esperienza, l'assunto che la eccitazione del nervo ha luogo al catode nella chiusura, all'anode nell'apertura; poichè se nello spazio interpolare si recide un nervo continuandone le sezioni trasverse, si hanno le sole contrazioni di chiusura a corrente discendente, di apertura a corrente ascendente, benchè il galvanometro dimostri che ha luogo in ogni caso la trasmissione di corrente dall'uno all'altro moncone. 2.° Nuovamente conferma l'assunto che la diminuita intensità delle correnti proprie di un nervo eccitato, come la saltuariamente diminuita intensità di una corrente voltaica, può agire eccitando un altro nervo, talmente ubicato rispetto al primo, da derivarne la corrente. A riconferma poi del primo assunto il prof. Oehl ha fatto anche sui nervi sensitivi delle esperienze che si riserva di comunicare.

GOLGI CAMILLO. — **Su alcune proprietà riscontrate nelle fibre nervose.**

Si è potuto assicurare che tanto nelle fibre centrali quanto nelle fibre periferiche nervose esiste un sistema di fili avvolti a spira sostenenti la mielina. Non essendo stata prestata molta fede alle sue osservazioni faceva vedere i preparati confermati tali proprietà.

Il prof. Romiti afferma di aver potuto osservare col prof. Bufalini, secondo il processo descritto dal Golgi, questo sistema di fili. Il Golgi risponde che il Bufalini lo ha solamente riscontrato nelle fibre nervosi centrali, ma non nelle periferiche.

PELLACANI PAOLO. **Sui principii attivi della Nigella sativa.**

Parla dell' uso che fanno gli Indiani di questa pianta e delle esperienze fatte sui semi dal Canolle. L'azione diaforetica, diuretica, emenagoga ed ecbolica di questi semi lo decise a ricercarne i principii attivi dei semi stessi.

L'olio etereo e la sostanza fluorescente di Beinsch trovò destituiti di ogni azione fisiologica. Espone il suo metodo di ricerca pel quale gli risultò la presenza in questi semi di due alcaloidi dei quali studiò anche l' azione fisiologica. Uno di essi agisce in modo assai analogo alla pilocarpina avendo virtù scialagoga e diaforetica, aumentando i moti peristaltici, ecc. Circa l' altro, trovato col primo in piccola quantità, espone il processo per separarlo, e l'azione che ha conforme all' atropina sul cuore sottoposto agli effetti della muscarina. Mette in vista da ultimo le analogie fra le foglie di jaborandi e i semi di nigella.

Successivamente il prof. Majocchi presentava delle preparazioni di pelle per dimostrarvi il *bacillo della pellagra.*

Il prof. Romiti faceva vedere lo sviluppo del canale di Wolf dalla cavità pleuro-peritoneale nell'embrione di pollo, quindi dimostrava l'origine della corda dorsale dall'autoderma nell'embrione del *Bufo vulgaris.*

Il prof. Bizzozero espose in una serie di preparazioni, tolte dall' epidermide di larve del *Triton cristalus* e dalla mòla di *Triton adulto*, le varie fasi di scissione indiretta nelle cellule epidermoidali e nei globuli rossi giovani e più specialmente i fenomeni di cariolisi nel nucleo.

Il dott. Giacosa mostrò alcuni tubetti per raccogliere i micro-organismi esistenti nell'aria atmosferica.

(*22 Settembre*).

GIOVANARDI EUGENIO. — **Intorno alle terminazioni dei nervi pudendi e brachiali.**

Ha voluto osservare se i nervi pudendi come i vasi si terminano in modo speciale. Le arterie sono serpentine come è noto. Ha esaminato il pudendo interno ed esterno ed ha trovata la stessa disposizione a

zig zag fino al pene ove ve a distribuirsi alle piccole parti. Ha voluto vedere se questo fatto si trova in altre parti del corpo. I nervi occipitali hanno questa disposizione. Anche negli organi cavi ha cercato questo fatto, es. lo stomaco.

Ha studiato le terminazioni nervose del *mediano, radiale e cubitale.* Vi fu chi osservò (Richelot) colla lesione del mediano paralisi della parte superiore delle dita. Giovanardi crede che il radiale posteriormente manda diramazioni all'*ultima falange dell'indice.*

IDEM. — **Della Criptorchidia.**

Ne ha osservato 5 casi: fa notare che mancano i zoospermi anche quando il testicolo si trova nel canale inguinale fra l'anello inguinale esterno ed interno. Crede che il *gubernaculum* sia *la causa della discesa del testicolo.*

IDEM. — **Osservazioni anatomiche diverse.**

Esaminando la laringe dell'adulto, Giovanardi osserva che le corde vocali superiori sono più all'esterno delle *inferiori.* Questa differenza non si verificò nel bambino. Le quattro corde hanno il *medesimo livello.*

Espone dei cranii. Uno di una nubiana. Il canale intra-orbitario ha decorso anomalo in alcuni animali.

Cranio di soldato. Trova infossamenti alla regione frontale destra con perforazioni. La corteccia cerebrale in quel punto presenta una escavazione. Nessun sintomo in vita.

Altro cranio presenta i caratteri di un cranio giovane ai 25 anni. È un omicida di 74 anni.

Il Presidente invita il prof. Giovanardi a continuare le sue ricerche sulla mancanza di nemaspermi quando i testicoli non sono nello scroto per determinare la misura in cui questa concomitanza di criptorchismo ed azoospermia sono eccezioni.

Bocca dice di aver esperimentato nei topi intorno all'influenza del *gubernaculum testis* nella discesa del testicolo. Ed ha visto che tagliato il gubernaculum il testicolo risale nell'addome e si atrofizza.

BOCCI BALDUINO. — **Nuove ricerche sull'epitelio vibratile.**

Cita alcune esperienze confermanti il peso che può sostenere questo epitelio, e ricorda le diverse proprietà note dell'epitelio vibratile. Ricorda gli strumenti per scrivere il moto dell'epitelio vibratile.

Egli ha fatto un apparecchio di cui dà un disegno e che chiama *Neumatografo.* Fa vedere i tracciati ottenuti con e senza eccitazione metallica. A seconda dei diversi movimenti rapidi o meno dell'epitelio la linea segnata sulla carta affumicata si discosta più o meno dall'oscillazione.

Eccitando con metalli l'epitelio, ponendo cioè listarelle metalliche

lunghe 12, 14 millimetri su una piccola parte dell'epitelio. Provò il ferro non agiva affatto. Il rame dava accelerazioni, il zinco diminuzione del movimento vibratile.

Provò allora l'azione di diversi metalli. Ferro, stagno e piombo non lo eccitano: oro, argento, platino eccitano il movimento vibratile. Vide che c'erano metalli inibitori, es. lo zinco. Volle vedere se ci fosse azione residua e se l'origine del metallo eccitatore è tolta dal metallo inibitore.

Infine provò l'azione combinata dei metalli: ricorse alle leghe di ottone e al pakfongh. Ha provato se i magneti e le corteccie eccitano l'epitelio. Non può per ora dire se magneti e corteccie abbiano influenza.

Il prof. Mosso ricorda i lavori di Engelmann, dimostra come l'apparecchio del Bocci sia una modificazione di quello classico dell'Engelmann, di cui fa la descrizione. L'apparecchio del Bocci in confronto dell'altro presenta maggior resistenza. In quanto all'importanza dei risultati crede che le difficoltà sul metodo siano grandi. I tracciati non dimostrano reali differenze del metallo. Egli deve spostare il preparato.

Bocci dice che non ha mai spostato il preparato.

Mosso continua ritenendo che i contatti non si possono cambiare senza modificazioni. Altre difficoltà sono dovute alla temperatura. Potrebbe essere che le differenze osservate dal Bocci fossero solo differenze dovute alla temperatura. Non riconosce alcun legame fra questi studii e la così detta metallo-xilo-terapia, e crede pericoloso nelle attuali condizioni della medicina di pronunciarsi senza il fondamento di esperienze sicure sopra questioni che interessano così da vicino la terapeutica.

Bocci crede che molte cose dette dal prof. Mosso sono affrettate; ha distinti i metalli in inibitori ed indifferenti ed eccitatori. Erano metalli indifferenti lo stagno, ecc., e non potevano stimolare. Bocci insiste sul fatto d'aver avuto ogni cautela quando ha appressato la listarella al disco d'avorio. Ei non ha pretese sull'invenzione dell'apparecchio; ma sui risultati insiste.

Mosso dice che tutti i tracciati mostrano differenze piccole, che egli non avrebbe avuto il coraggio di derivarne conclusioni. Non trova la cosa evidente. Ogni tracciato mostra il punto sul quale il metallo è applicato, dunque il preparato era influenzato dal fatto meccanico dell'appoggiarvi la lastra metallica.

Bocci risponde di aver adoperato 1 centim. quadrato di epitelio, quindi non poteva dare grandi tracciati. Appressando i metalli, è vero che si nota il punto di applicazione, ma anche nei tracciati classici di Marey si notano delle irregolarità. Ritiene sempre che dal contatto meccanico non provenivano le modificazioni nel tracciato.

Romiti domanda se potesse il Bocci accennare ai vantaggi del suo

apparecchio su quello dell'Engelmann e se potesse rispondere all'obiezione, che le variazioni di temperatura apportate dai metalli non sono la causa delle variazioni notate.

Bocci avverte di non aver escluso la influenza della temperatura, ne terrà conto in seguito.

ROMITI GUGLIELMO. — **Osservazioni anatomiche.**

1.° *Sul rapporto del germe col tuorlo nelle rane meroblastiche.* Dimostra che in queste solamente il germe segmentato contribuisce direttamente alla formazione dell'embrione, e nega il contribuirvi del tuorlo, e perciò impugna la dottrina del parablasto di His. Infatti argomento potente è il vedere i noti elementi granulosi e rotondi della faccia inferiore del germe essere inchiusi entro il germe stesso, senza rapporto alcuno col tuorlo.

2.° *Sulla origine della corda dorsale.* Mostra come nei batraci la corda dorsale sia prodotta dall'entoderma.

3.° Infine espone l'osservazione di un muscolo anomalo dello sterno; muscolo che egli chiama: *episternale posteriore.*

CONTI ANTONIO. — **Tumore complesso mixo-encondromatoso.**

Questo tumore produsse metastasi sulle ghiandole lombari, nel polmone, nel seno sinistro del cuore. Nota di non aver rilevato, così nel polmone come nel cuore nessuna partecipazione dei tessuti alla formazione del neoplasma: conclude da ciò siavi stato sviluppo autonomo di questa neoplasia, la cui malignità nondimeno non sarebbe proceduta come per gli altri tumori maligni, ma solo per via meccanica negli organi essenziali alla vita.

Foà chiede alcuni schiarimenti non avendo potuto comprendere in che rapporti si trovasse il tumore col seno cardiaco. Circa la natura del tumore stesso non riterrebbe potersi trattare di un semplice *condroma mucoso,* ma essere necessario ammettere che il tumore fosse in parte sarcomatoso. Ritiene non si possa escludere qualche inesattezza d'osservazione nell'atto dell'autopsia.

Conti risponde che infatti la diagnosi del tumore confermata dal professore Durante al quale lo ha mandato, ammette la presenza di punti sarcomatosi nel tumore.

PELLACANI PAOLO. — **Intorno a ricerche sul gruppo aromatico.**

Espone di aver studiato finora parecchie serie di quel gruppo, e di estenderne ancora lo studio, essendo in questo campo che deve fervere sempre attivo il lavoro, appartenendo a quel gruppo i più recenti acquisti della terapeutica. Si propone di classificare le sostanze che studia, a seconda delle loro proprietà fisiologiche, e questa insieme al loro valore antisettico.

Con questo indirizzo ha percorso finora la serie del difenile, della naftalina, dei fenoli bivalenti, dei derivati del timolo e xilolo. Espone i principali risultati fermandosi di preferenza a parlare di sostanze attivissime sull'organismo animale, la quali fenilendiamina e difenilguanidina; non che d'altre meno attive sull'organismo animale, ma di più sugli organismi inferiori, p. es. nella serie del difenile, la xenilamina, la difenilamina, ecc. Accenna ai metodi principali per queste ultime ricerche. Allo studio fisiologico su molte di queste sostanze fa seguire ricerche chimiche pei loro prodotti nell'organismo.

Vincenzi Livio. — **Sclerosi dell'alveus nel corno d'Ammone di un epilettico.**

Crede che non si possa venire ad un risultato deciso per stabilire un nesso fra l'anatomia patologica ed il lato clinico dell'epilessia se le alterazioni non vengono comprovate istologicamente, quindi poco valgono le statistiche che stabiliscono un rapporto quantitativo fra la sclerosi del corno d'Ammone e l'epilessia e che riguardano studii dal lato macroscopico; crede utile lo studiare se le alterazioni istologiche siano diverse nelle sclerosi bilaterali da quelle unilaterali.

Piana Gian Pietro. — **Studii sullo stato larvale dei distomi epatici e lanceolati.**

Ha rilevato il fatto che fra i molluschi solo nei terrestri si trovano larve di Trematodi, e queste appartengono a due specie caratterizzate specialmente per una appendice caudata molto lunga, mentre nell'altra è molto breve. Parla delle ricerche istituite unitamente al Gotti di Bologna sulla prurigine del cavallo. Nel derma della pelle fra i fasci di sostanza connettiva trovarono una quantità di sferoline molto somiglianti a quelle dei *microsporon Audouini*, le quali sono accumulate entro corpuscoli calcolabili coll'azzurro di genziana. Questi ultimi non sono che cellule migranti di connettivo.

Buccola Gabriele. — **Sul senso del tempo.**

Il risultato principale di questo studio è il seguente.

Gli errori sono proporzionati alla grandezza delle durate, ossia il senso del tempo li fa meno precisi a misura che dobbiamo apprezzare quantità di tempo maggiori.

Morselli Enrico e Buccola Gabriele. — **Ricerca sulla durata delle percezioni complesse.**

Le indagini furono fatte colle lettere dell'alfabeto ed il Morselli si diffonde a ricordare i principali risultati a cui sono giunti i due sperimentatori, sia in riguardo alla percezione delle lettere, sia a quello più complesso della scelta delle lettere.

Il Buccola ha pure ideato uno strumento per lo studio della durata

delle percezioni olfattive: nota che nessuno finora entrò in questo studio.

MORSELLI ENRICO. — **Sul senso dello spazio in rapporto col senso muscolare.**

Le indagini furono compiute col metodo psicometrico introdotto per la prima volta nella psicologia sperimentale dal dott. Buccola, cioè colla riproduzione mentale di determinate lunghezze o distanze.

Il dott. Corso domanda al Morselli se fece esperienze sulle varie grandezze delle lettere adoperate e se vi abbia notato differenze di tempo.

Morselli risponde di non averle eseguite ma di farle insieme ad altre ricerche.

## IX. — Sezione di chimica e farmacia.

(*19 Settembre*).

PROTA-GIURLEO NESTORE. — **Autorizzazione all' esercizio farmaceutico dei vecchi esercenti.**

Diversi membri della Sezione presero parte alla discussione sollevata su questo soggetto, sicchè tutti ad unanimità concorsero ad approvare la seguente proposta del Prota-Giurleo emendata dal dott. Becchini.

« La Sezione di chimica e farmacia fa voti al Governo perchè non « conceda, neppure transitoriamente, l'ammissione all'esame di diploma « in Farmacia ai così detti vecchi esercenti. »

PLEVANI SILVIO. — **Alcune considerazioni sulla Farmacopea italiana.**

Diversi membri appoggiarono le opinioni in proposito del Plevani, e l'intera Sezione diede unanime il suo assenso approvando il voto seguente dal medesimo proposto:

« La Sezione di chimica e farmacia fa voti perchè la Commissione « per la Farmacopea italiana solleciti i suoi lavori, essendo urgente il « bisogno di un Codice farmaceutico per tutto il Regno. »

(*20 Settembre*).

PROTA-GIURLEO NESTORE. — **Della preparazione del salicilato di canfora.**

Rivendica colle più opportune date la priorità di questa preparazione: fin dal 1874 aveva ottenuto questo prodotto che poi esibiva all' Accademia medico-chirurgica di Napoli nel 1877 come si rileva dagli atti di quell' Accademia, accenna come d'allora in poi nessun'altro se ne sia occupato e che non prima del 1881 la *Presse médicale de Paris* pubblicò alcuni casi di *lupus* e di *ulcera fagedenica erodente* guariti con

questo preparato, punto ricordando l'origine del medesimo. Tali fatti clinici furono novellamente confermati dal Moret medico supplente all'Hôtel Dieu, nonchè dal prof. Luton (*Presse médicale de Paris*, gennaio 1881, pag. 25).

Presentava quindi due vasi, in uno dei quali era contenuto il salicilato di canfora ottenuto per via umida, nell'altra quello per via secca.

La Sezione ammirò la bellissima preparazione, lamentando che la *Presse médicale* abbia accennato al salicilato di canfora senza indicarne la primitiva preparazione del collega italiano.

SEDATI PIETRO. — **Nuova acqua balsamico-resinosa.**

Dopo aver detto dell'azione dei balsamici nelle malattie delle mucose in generale e sui danni prodotti dai medesimi se somministrati coi metodi ordinari, presentò un'acqua balsamica che secondo il preparatore sarebbe più propria in simili malattie.

Silvio Plevani si oppone vivamente a tali asserzioni, oppugnando la parte farmacologica del preparato stesso presentato quale segreto.

Propone quindi il seguente ordine del giorno che viene approvato alla unanimità:

« La Sezione deplorando che il collega non presenti il modo di preparazione dell'acqua balsamico-resinosa, non crede opportuno occuparsene trattandosi d'un rimedio segreto. »

PROTA-GIURLEO NESTORE. — **Del libero esercizio della Farmacia.**

Dopo alcune considerazioni intorno alla storia delle discussioni tenute in varii congressi sul libero esercizio della farmacia accenna come questo argomento sia stato lungamente discusso nel Parlamento, nel Senato e da tutto il giornalisma politico e professionale. Dice ancora come in Napoli nel 1877 egli, insieme con i signori Arena e D'Emilio, formava un Comitato promotore del libero esercizio farmaceutico raccogliendo poscia più di un migliajo di firme di farmacisti aderenti. Ora non volendo risollevare una discussione che potrebbe sembrare intempestiva, propone la seguente deliberazione, che poi viene approvata all'unanimità.

« La Sezione di chimica e farmacia del X Congresso medico fa caldissimi voti al Governo onde con una legge *unica* pareggi in tutto il « Regno l'esercizio farmaceutico abrogando i varii e differentissimi re- « golamenti finora in vigore e sciegliendo nella sua sapienza e giustizia « il sistema più adatto per l'esercizio farmaceutico. »

Luigi D'Emilio sebbane proclive alla proposta del Prota-Giurleo in quanto riguarda l'unificazione dei regolamenti farmaceutici, cercò dimostrare come l'esercizio limitato corrisponda maggiormente al benessere della classe farmaceutica.

Il Prota-Giurleo risponde come non sa capacitarsi delle evoluzioni del signor D'Emilio e ribatte le ragioni da quest'ultimo esposte.

Arena accenna ad alcuni serii sconci che attualmente avvengono con alcuni farmacisti, i quali sono costretti a servirsi del nome di droghieri per poter esercitare la loro professione, appunto perchè devono osservare i regolamenti vigenti a Napoli.

D'Emilio Luigi. — **Dell'importanza della istituzione delle associazioni farmaceutiche.** »

Fa la seguente proposta approvata dopo alcune osservazioni dei signori Plevani, Missaghi, Sedati, Bontà, Bonavera e Zoboli.

« La Sezione di chimica e farmacia facendo plauso ai voti emessi
« dal Congresso medico di Genova invita i farmacisti italiani a costi-
« tuirsi in Società generale, onde poter meglio far valere i proprii
« diritti. »

Il sig. Zoboli Emilio propone alla Sezione, che unanime consente, di invitare i farmacisti italiani a valersi dei mezzi concessi loro dalla legge, per combattere la vendita illecita dei medicinali per parte dei droghieri, erborai, ciarlatani e peggio, seguendo l'esempio dei farmacisti di Modena, Genova, Milano, ecc.

Il Plevani accennando ai provvedimenti attualmente presi dal Governo per gli esercenti abusivi le scienze sanitarie, invita l'assemblea a mandare un dispaccio al ministro Depretis che è approvato nel modo seguente:

« Sezione farmacia Congresso plaudendo Voi strenuo riformatore, rin-
« grazia provvedimenti presi per esercizio illegale farmacia, fa voti
« unificazione regolamenti farmaceutici per tutto il Regno. »

D'Emilio Luigi. — **Su varii metodi di preparazione dell'ossigeno.**

G. B. Bontà. — **Degli studj farmaceutici e dell'importanza dell'istituzione di laboratorj chimici per l'esame delle sostanze alimentari.**

Questa lettura conduce la Sezione a votare la seguente deliberazione:

1.° La Sezione di Chimica e Farmacia del X Congresso fa voti onde venga aggiunto agli studj farmaceutici un corso completo di chimica analitica.

2.° La Sezione di Chimica e Farmacia, appoggiando il voto emesso dalla Sezione d'Igiene sulle proposte dello stesso sig. Bontà, invita il Governo alla stretta sorveglianza delle sostanze alimentari, propugnando come mezzo l'istituzione di laboratorj di chimica analitica delle dette sostanze.

Plevani Silvio. — **Della medicina dosimetrica.**

Tratta questo asgomento perchè sembragli che la medicina dosime-

trica si faccia strada anche fra noi; combatte le teorie fisiologiche dei medici dosipatici, ed in ispecial modo lo scritto di Paul Bert sulla medicina dosimetrica che venne pubblicato nella rivista scientifica della *Republique Française*.

## X. — Sotto-Sezione d'Idrologia e Climatologia (1).

(21 *settembre*).

Ravaglia Giuseppe. — **Sull' uso ed efficacia delle acque di Porretta.**

Distingue queste acque in due gruppi speciali: cioè 1.° nel gruppo delle *clorurate-sodiche* — 2.° nell' altro delle *solforose-sodiche*, in cui gli elementi son gli stessi, ma varia la quantità, come varia la temperatura. Le più frequentate sono le solforose sodiche specialmente nelle affezioni cutanee croniche; per le affezioni cutanee acute consiglia la sorgente Bove. — Dice che dei 230 malati accorsi, di cui 107 affetti d' eczema, quasi tutti guarirono. — Cita il caso di una famigiia affetta da *scabbia*, guarita in 3 giorni, onde la crede efficace nelle *forme parassitarie* quale la *sicosi*. — Le trovò pure efficaci nelle *reumatalgie croniche* e *acute* nelle sorgenti da 36° a 39°. — Conta anche 22 guarigioni di *ischialgia* acuta e cronica. — I catarri *stomacali* e *intestinali* colle sorgenti del Leone e delle Donzelle cariche di bicarbonato e di soda magnesia guariscano prontamente. — Cita 45 casi di *affezioni emorroidarie* pure guariti, e 45 casi di *catarri cronici bronchiali*. Coteste acque valgono pure, adoperandole coi polverizzatori, nelle *faringiti granulose*, e sono utili nell'etisia, avuto riguardo alla mitezza del clima, nell'*affezioni catarrali* della vescica, nella *renella*, nell' infarcimento del fegato o della milza, nelle malattie dell' *utero* (specialmente la sorgente delle Donzelle). — Accenna alla quantità di gas idrogeno protocarbonato, che si accende alla superficie delle acque, gas che potrebbe servire per l'illuminazione, come pure alle *sostanze organiche* che si trovano nei depositi sotto forma di *fango*; utili nelle affezioni articolari con sinoviti, ecc.

Il dott. Abbamondi domanda al dott. Ravaglia se l'effetto delle acque di Porretta sulla *scabbia* è durevole o solo *transitorio*.

Il dott. Ravaglia asserisce che il caso citato data da un anno e che non ha avuto luogo riproduzione.

Il prof. Sormani fa osservare che praticamente il fatto non ha importanza perchè gli scabbiosi non si mandano agli stabilimenti balneari.

---

(1) La Sotto Sezione nella prima adunanza del dì 19 approvava unanime la proposta del dott. Luigi Chiminelli d'istituire una *Società italiana d'idrologia e climatologia medica.*

Il Presidente, prof. Galassi, domanda al dott. Ravaglia se nei 45 casi di emorroidarj. l'affezione era accompagnata da affezione eczematosa, oppure si trattava di semplici prolassi, verificandosi quasi sempre negli affetti da emorroidi qualche affezione della pelle.

Il dott. Ravaglia dice d'aver osservato nei medesimi sovente eritemi allo scroto, all'ano, oltre a stitichezza ventrale.

Il dott. Abbamondi domanda se pure avesse fatto studj sull'elettricità dell'acqua di Porretta, cui risponde il Ravaglia indicando gli studj di Paolini, Brugnoli e Fantini.

ABBAMONDI NICOLA. — **Delle acque di Telese (provincia di Benevento).**

Sono esse pure solfuree ma di altra classe (solfuree calciche) con la temper. 21°.8. — Sorgono copiosissime a fior di terra con abbondante formazione di gas (acido carbonico, idrogeno solforato). Bibite, bagni in piscina sui naturali punti di uscita, bagni caldi, tutti i modi idroterapici conosciuti. Utili contro le dermatosi croniche, l'eczema, l'acne, la psoriasi, il lupus scrofoloso, ecc.; nel reumatismo cronico si usano con maggior profitto riscaldate a vapore. Giovano altresì in queste altre malattie: gotta, litiasi urica, scrofolosi torpida, congiuntivite cronica, blefarite ciliare, catarro cronico di stomaco, emorroidi, cistite catarrale, metrite catarrale cronica affezioni nervose, paralisi, nevralgie, dissenteria. Non le crede antisifiliti che, ma sono un buon ajuto contro la sifilide massime dopo le cure specifiche.

Il prof. Galassi fa notare che dalla relazione del dott. Abbamondi appare la grande simiglianza delle acque di Telese con quelle di Tivoli.

(*22 settembre*).

ASCENZI RUTILIO. — **Casi clinici d'idroterapia.**

Riferisce molte storie di malattie di diversa natura tutte felicemente curate colla idroterapia, diffondendosi a dire in ogni singolo caso del diverso modo di adoperare tale metodo di cura.

Passa a riferire altre storie di morbi degli organi respiratorj curati mercè della *pneumoterapia* e propriamente col nuovo apparecchio presentato all'esposizione.

ABBAMONDI NICOLA. — **Della necessità di proteggere le acque minerali delle continue aggressioni dell'industria dei proprietarj dei fondi vicini alle sorgenti.**

Desume tale necessità dalle proprie osservazioni sulle acque di Telese e di quelle di altri stabilimenti in Italia e fuori. Conchiude sulla necessità di una legge che protegga ed assicuri l'esistenza delle acque minerali in Italia e provveda alla loro razionale amministrazione, il che si potrebbe fare o con leggi speciali o con disposizioni particolari nella nuova legge di pubblica sanità.

Quindi la Sottosezione deliberava di far voti affinchè nel nuovo Codice sanitario non *si trascurino quelle disposizioni legislative che valgono a conservare le sorgenti di acque minerali e regolarne la loro medica amministrazione.*

## Conferenze serali.

I. *Mazzoni* prof. *Costanzo.* Sulla Croce rossa.

II. *Bellini Francesco.* Sull'Associazione italiana di buon soccorso agl'infermi e di salvamento. — Sede di Torino.

III. *Simoncini Federico.* Sulla febbre.

IV. *Mucci Domenico.* Sull'elettricità.

V. *Morselli Enrico.* Il nervosismo e le sue cause.

VI. *Ricchi Teobaldo.* Sul daltonismo.

VII. *Corso Francesco.* Sopra il Regolamento della Facoltà medica.

## Adunanze generali.

Siciliani Luigi. — **Relazione intorno all'istituzione d'un Consiglio d'ordine fra i medici e i chirurghi d'Italia.**

La relazione del Siciliani muove viva e prolungata discussione alla quale prendono parte il dott. Pergami, il prof. Riva, il dott. Ripa, il dott. Olivetti; in fine il prof. Toscani pone ai voti la seguente proposta: « Il X Congresso dell'Associazione Medica Italiana, riunito in generale adunanza, fa voti perchè la legge affidi alla classe medica la tutela e la vigilanza di tutto ciò che si riferisce alla parte disciplinare dell'esercizio dei veri rami dell'arte salutare, mediante un'istituzione quale è quella del Consiglio dell'Ordine degli avvocati, od altra più adatta all'uopo e più conforme al carattere e ai bisogni dei sanitarj. » Dopo alcune osservazioni dal dott. Olivetti, del dott. Barduzzi e del dott. Ripa la proposta suddetta viene unanimemente approvata.

Madruzza Giuseppe. — **Dei desiderabili rapporti fra le Società diverse di specialità mediche e l'Associazione medica Italiana.**

Il prof. Madruzza nella lunga ed elaborata relazione, premesso un cenno storico dell'Associazione Medica Italiana e dei Congressi sin qui tenuti, viene a dire di altre Società costituitesi qualche tempo dipoi, e specialmente di quella d'Igiene e di quella dei Medici comunali. Lo scopo che queste diverse Società si propongono è in fondo il medesimo: a queste membra sparse, scrive il relatore, abbisogna il nesso logico che le colleghi, per ricostituire il corpo e la sintesi della scienza intera e complessiva. Dalle molte considerazioni intorno a questa tesi, il Madruzza trae le conclusioni seguenti:

1.° Tutti i medici italiani possono far parte dell'Associazione medica generale.

2.° Vi appartengono di diritto quelli che si iscrissero nelle Società già costituite o si costituiranno per lo studio e perfezionamento delle discipline speciali mediche.

3.° Le Sezioni nei Congressi dell'Associazione generale saranno rappresentate dalle Presidenze delle Società speciali, che ne preordineranno il lavoro e dirigeranno le discussioni.

4.° Nella Commissione esecutiva e nella Presidenza dei suoi Congressi dovranno le Società speciali essere rappresentate.

5.° La Commissione esecutiva dell'Associazione medica e i Presidenti delle Associazioni speciali, le quante volte il Congresso funzioni, avviseranno alla pratica esecuzione di queste massime generali, e presenteranno alla sanzione di un Congresso generale, da convocarsi all'uopo, le opportune disposizioni statutarie e regolamentari.

Il Segretario poscia dà lettura della seguente proposta del Comitato medico di Lucca:

« Considerando che la proposta di fusione dell'Associazione Medica Italiana coll'altra nazionale dei Medici condotti tende a confermare la fratellanza e la solidarietà fra i colleghi riunendo in un solo fascio i Medici italiani;

« Considerando che il voto emesso per tale fusione del nostro Presidente prof. Toscani in occasione del Congresso dei Medici comunali tenuto in Roma nel 1882 fu accolto favorevolmente da moltissimi colleghi e Comitati;

« Considerando che numerosissimi saranno i nuovi medici che si inscriveranno nell'albo del sodalizio che sarà per formarsi, perchè non solo diretto all'incremento della scienza, ma a tutelare eziandio gl'interessi materiali di tutti gli esercenti indistintamente:

« I Medici convocati in Modena al X Congresso dell'Associazione Medica Italiana fanno voti per la fusione delle predette Società, e conferiscono mandato al Presidente generale e Consiglio direttivo di stabilire insieme alla Direzione dei Medici comunali i mezzi da seguirsi per raggiungere lo scopo. »

Il dott. Bartolozzi espone le ragioni che hanno indotto il Comitato di Lucca alla presentazione di tale proposta, e comunica le pratiche da lui fatte per la fusione dei due Comitati. Si apre viva discussione intorno all'accettazione di questa proposta, alla quale prendono parte Petrilli, Simoncini, Ripa, Brugnoli e Carruccio; quest'ultimo nella fiducia di mettere non solo d'accordo gli egregi preopinanti, ma anche di abbreviare la discussione propone che:

« Il Congresso, apprezzando le ottime intenzioni tanto del Comitato medico di Lucca, quanto del Comitato medico di Perugia, e sentita la importante Relazione del suo Presidente prof. Madruzza, tendente a stabilire i più desiderabili rapporti fra le diverse Società mediche, af-

fidi alla Commissione esecutiva della nostra Associazione il mandato di mettersi d'accordo colla Presidenza dell'Associazione nazionale dei Medici condotti e di studiare tutti i mezzi migliori per ottenere che le due Associazioni abbiano a fondersi in una sola grande e potente Società, collo scopo di sempre meglio provvedere ai comuni interessi scientifici e professionali. »

Dopo poche osservazioni del dott. Simoncini e del dott. Ripa per raccomandarla, la proposta del dott. Carruccio venne ad unanimità approvata.

---

Nominata la nuova Commissione esecutiva (1) si discusse intorno alla città che dovrebbe esser sede dell'XI Congresso; fu scelta Perugia: e bene sta volendo che simili adunanze s'avviino verso le provincie meridionali. Fu anche proposta Pavia; ma vi fu chi la disse *non adatta ad un Congresso per la scarsità degli alloggi!*, Oh! cotesta l'è marchiana davvero; forse che Pavia sede d'un'Università che conta più che 600 studenti e n'ha avuto fin oltre il migliajo, che pochi anni fa ebbe la Mostra agricola-industriale, ospitò i Principi nostri, e tutti i personaggi che vi condussero le feste commemorative del Volta, non potrebbe albergare i medici dell'undicesimo Congresso? Orsù, Pavia mostrerà a quelli del dodicesimo che non solo può dare buoni letti e buone materasse, ma che sa ancora quali riguardi si debbono ai sacerdoti d'Esculapio e d'Igea, ella che, venerato Asclepio, tanti ne educa e tanti ogn'anno cinge del sacro alloro, segno, se non di vittoria, di speranza nel vincere.

---

La *Mostra di oggetti attinenti all'arte salutare*, che andava annessa al Congresso, venne divisa in 8 sezioni. Ottennero la *medaglia d'argento*:

Nella I Sezione (*Strumenti chirurgici*)

*Bergamini Enrico* di Bologna, per buonissima fabbricazione di strumenti nuovi o modificati di chirurgia, oftalmojatria, otojatria, ecc.

Nella II Sezione (*Apparecchi ortopedici*)

*Redini Giuseppe*, di Pisa per invenzione e fabbricazione di una gamba artificiale per antica paralisi infantile.

---

(1) *Presidente*, prof. Toscani. — *Vicepres.*, prof. Mazzoni e dott. Donarelli. — *Consiglieri*: Bizzozero — Golgi — Bastianelli — Raffaele — Brugnoli — Zucchi — Baccelli — Marchiafava — Calza — Madruzza — Ballori — Carruccio — Dujardin — Raseri — Galassi — Garneri — Ratti — Ripa.

Nella IV Sezione (*Apparecchi di fisica applicata alla medicina*).

*Koristka F.* di Milano, per l'introduzione della prima fabbrica nazionale dopo quella di Amici di ottimi microscopi ed apparecchi accessori.

Nella V Sezione (*Prodotti chimici farmaceutici — Acque minerali*)

*Prota-Giurleo Nestore* di Napoli per la bellezza dei suoi prodotti chimico-farmceutici.

Nella VI Sezione (*Preparazioni anatomiche*)

*Giacomini* prof. *Carlo* di Torino per le sue sezioni complete di cervello umano.

*Istituto anatomico di Siena* pei preparati macroscopici e microscopici.

Nella VII Sezione (*Materiale ospedaliero — Topografia e piani d'ospedali*)

*Piana* ing. *Gio. Pellegrino* e *Ballotta* dott. *Giuseppe* per il Progetto del nuovo ospedale di Lugo in Romagna nel quale è lodata la distribuzione dei locali, rispondendo alle esigenze igieniche.

Nella VIII Sezione (*Libri didattici e Giornali medici*)

*Rivista sperimentale di Freniatria e Medicina legale.* — Giornale che si pubblica in Reggio (Emilia).

*Istituto Anatomo-Zoologico* di Modena, pel numero ed importanza delle pubblicazioni esposte.

Nella Sezione III (*Medicature antisettiche*) non vennero date che medaglie di bronzo ai signori Fenoglio e Vescovo di Torino, Hartmann e Guarneri di Pavia. Invece nella Sezione VII fu reputato degno di speciale diploma di onore il *Manicomio di Reggio Emilia* per l'impianto generale, per i lavori scientifici, per il suo materiale, per il lavoro dei malati, ecc.

---

Parrebbe, date anche queste notizie, che la relazione nostra fosse compiuta: mai no; perchè ci resta tuttora da rispondere ad una domanda che ormai vien fatta al chiudersi d' ogni Congresso: a Modena ci si è divertiti? Ecco cosa rispondiamo.

Il Congresso di Modena ha dato il buon esempio di anteporre il lavoro ai divertimenti, e di saper dare agli stessi svaghi uno scopo utile e scientifico; tale fu appunto la gita al Manicomio di Reggio, dove si potè ammirare l' umile ospizio aperto dal Galloni, tramutato mercè all' opera indefessa di benemeriti Direttori e di sagace amministrazione in un istituto commendevolissimo per diversi rispetti. E per vero l' ampiezza e la buona disposizione dei locali concedono le più opportune separazioni dei molti infermi non pure secondo la loro condizione, ma anche secondo la qualità o forma della malattia. I migliori espedienti di cura vi possono essere sperimentati: dal sussidio farma-

ceutico al bagno, alla doccia; dalle distrazioni della musica e dalla paziente industria del ricamo al rude maneggio dell'ascia e della zappa. Così là si trova l'elegante villino, l'opificio, la stalla, la mandria; da una parte le agiatezze del palazzo, dall'altra gli ordigni e le macchine dell'officina, gli animali e gli attrezzi per i lavori campestri. Una colonia agricola è proprio colà, e pur troppo la miseria della pellagra ve la forma per molta parte! Il prof. Tamburini ebbe le meritate lodi per aver continuato ed ampliato l'opera dello Zani e del Livi; egli ha la direzione generale dell'Istituto, che per estensione è ormai una piccola città e per popolazione una borgata, accogliendo più di 700 malati. Nè il manicomio di Reggio è soltanto un ospizio; esso è anche un luogo di studio, una scuola, della cui operosità è prova la *Rivista di freniatria*, che incominciata dal Livi da parecchi anni continua; ne fanno altresì fede questi stessi *Annali* che più volte ne compendiavano i lavori.

Auguriamo che chi sovrintende agli altri nostri grandi Ospitali sappia emulare la benemerita Amministrazione del manicomio di Reggio facendo compagne la scienza e la beneficenza. Quest'è la vera *santa alleanza*: non le lagrime di veruno l'imprecherà, siccome fu già di quell'infausta che con sacri nomi la libertà dei popoli conquideva, ma la gratitudine di tutti l'esalterà perchè alla salute dei popoli benefica (1).

---

(1) Nella prima parte del Giornale (*Memorie originali*, p. 576) è detto dell'*Esposizione dei documenti storici dal VIII al XIX secolo e di una speciale raccolta di altri spettanti alla medicina e alla chirurgia dal XIV al XVIII secolo*, che venne aperto nel R. Archivio di Stato di Modena nell'occasione dell'anzidetto X Congresso dell'Associazione medica italiana.

# BIBLIOGRAFIA

ORSI FRANCESCO. — **Osservazioni cliniche.**

I.

**Caso di tumore tubercolare della midolla allungata.** (*Gazz. med. Ital. Lombardia.* Serie VIII. Tomo III. N. 42, Anno 1881).

La Patologia della midolla allungata è per anco nelle prime fasi del suo sviluppo, e fra le affezioni della medesima i tumori costituiscono altrettante rarità dell'anatomia patologica. Epperò torna interessantissimo il caso pubblicato dal prof. Orsi, tanto più avuto riguardo ai numerosi e precisi ragguagli clinici ed anatomici, con cui è presentato. Nè so spiegarmi come una tale pubblicazione possa passare quasi inavvertita ai nostri giornali medici, quando vedo d'altra parte il Ladame che si sforzò a mettere assieme 9 casi di tumori del centro nervoso in discorso, di cui parecchi secondarii nel medesimo, e quando trovo, ad esempio, l'Erb che fa tesoro di quelli e di pochi altri casi pubblicati per i tentativi diagnostici di sede più o meno particolareggiata.

Nel caso del prof. Orsi trattasi di un ragazzo di 10 anni, il quale, veduto da lui una prima volta nell'ospedale di Pavia nel luglio 1880 con febbre a 38°.2, con diarrea e fenomeni dissenterici, con edema alle gambe, ascite, enorme volume di fegato, e con segni statici di lesione all'apice del polmone destro, senza itterizia senza veri dolori all'ipocondrio destro, senza palpabili irregolarità sul fegato fu giudicato affetto di *tubercolosi prevalentemente addominale*, e che tornato altra volta all'ospedale ed accolto nel marzo 1881 nella Clinica medica fu di nuovo dichiarato affetto da *tubercolosi* con sede triplice *addominale toracica ed intracranica.* Fu ammessa la sede addominale per i precedenti surriferiti, e la toracica per tosse con emoftoe con febbre, ecc. avute pochi mesi innanzi a casa e per segni statici alle due metà del torace, con prevalenza persistente all'apice del polmone destro. Quanto alla sede intracranica vertigini, diplopia, iperestesie facciali a sinistra, stiramento della bocca a destra (fenomeni insorti nel dicembre 1880), ne segnarono l'esordio. La paralisi del V (porzione sensitiva e motrice) e del VII a sinistra ambedue coi caratteri delle periferiche, o spinali, la paralisi del VI dello stesso lato, la nessuna lesione dell'VIII sinistro, l'emiparesi destra delle estremità coi caratteri della cerebrale, e l'ipocinesi destra diaframmatica portarono il clinico di Pavia ad ammettere un tumore tubercolare nella porzione antero-laterale sinistra del

bulbo, il quale, comprendendo oltre che il VII ed il VI anche il V, doveva o distruggere l'oliva, o avanzarsi linearmente sul nodo sino al peduncolo cerebellare medio, donde emanano le radici del V, avendosi nella seconda ipotesi spiegazione anco del *movimento girante* offerto dal paziente. E, ammesso tal tumore grosso appena quanto una noce, non era da rifiutarsi, soggiunse l'Autore, la possibilità di un disturbo idraulico-meccanico nella sottoposta origine del frenico sinistro, con effetti di paralisi sullo stesso. A quella guisa che colla stessa sede del tumore tornavano spiegati e l'emiparesi destra, per il già subito incrociocchiamento dei cordoni antero-laterali, e la frequenza del polso (120-134 battute per minuto primo) e probabilmente anche gli attacchi asmatici avvenuti nel dicembre. Per la maggiore importanza data alla localizzazione nervosa sulla tabella cubicolare fu scritto: « *Tumore intracranico, probabilmente tubercolare e della parte antero-laterale sinistra della midolla allungata.* »

L'enorme volume del fegato (17 centim. d'altezza sulla parasternale destra), esclusi la stasi biliare, la carcinosi infiltrata e l'echinococco, fu ascritto a straordinaria iperemia meccanica, a causa della paralisi diaframmatica, con abbassamento e giramento sull'asse traverso del viscere e con disturbi meccanici consecutivi di circolo, di cui la forte ascite fu altro effetto (circonferenza addominale al livello dell'ombellico 78 centimetri). A pro di tale esplicazione stava il fatto del potersi con metodici maneggi innalzare, rotandolo sull'asse trasverso, il fegato di tanto, che i 17 centim. di ottusità si riducevano ad 8, e l'estremo superiore dell'ottusità epatica spostavasi in alto anteriormente di una costa e d'uno spazio intercostale, non rilevandosi d'altra parte sensibile modificazione nel livello dell'ottusità posteriore.

Il paziente morì il 7 maggio successivo, dopo d'aver presentato prima dolori alla nuca a sinistra, indi vera cefalalgia, nuovi vomiti, riduzione graduale (dal 9 aprile in poi) del ventre e del fegato (che alla fine dava le proporzioni d'una iperemia comune), cofosi sinistra (maggio), disfagia, debolezza e tremore agli arti di sinistra, ed in ultimo anche glicosuria transitoria, albuminuria, cheratite ulcerosa nevro-paralitica sinistra, convulsioni epilettiche, sonnolenza e coma, respiro di Cheyne e Stockes, e sempre maggior frequenza e piccolezza di polso (150 a 180 battute) sino a farsi miuro e nunzio della morte.

L'Autore trovò nel decorso la conferma del suo diagnostico ed alla fine ammise l'insorgenza d'un po' d'idrocefalo interno secondario.

Il reperto anatomico corrispose quasi pienamente alla diagnosi clinica. La tubercolosi si mostrò nel ventre con tubercoli migliari nell'intestino e ne'reni, nel petto colla tubercolosi migliare polmonare e pleurica, con la caseosi adenica, e la pericardite adesiva vegetante con tubercolarizzazione dell'essudato, nel capo colla meningite tubercolare limitata al solco silviano destro e col tumore tubercolare nella sede sospettata. Infatti nel sollevare la massa cerebrale dalla base cranica,

mentre si videro i singoli tronchi nervosi penetrare nei fori ossei relativi in ambo i lati si accertò sulla base del cervello e del midollo allungato la mancanza delle radici del V, VI, VII sinistri. Del V si trovò una sola fibrilla sul peduncolo cerebellare medio alquanto rammollito. Del VI e VII si videro mancare in parte gli organi da cui emergono, e cioè in luogo della parte superiore della piramide anteriore e dell'oliva vi era un'escavazione necrobiotica lunga 12, larga 6, profonda 4 millim., escavazione che interessava per 2 millim. circa anche il nodo dallo stesso lato. Quest'ultimo era grande, teso, a spese del lato sinistro, sicchè 3.8 centim. dei 6.2 di larghezza spettavano a quella metà. E palpando inferiormente il nodo e superiormente il bulbo sentivasi un corpo resistente, il quale, scoperto il IV ventricolo, si presentava in forma di tumore tondeggiante, alla cui base rispondevano 27 millim. di diametro, ed alto 12 millim. che sorgeva dal pavimento immediatamente a sinistra del fusto del calamus scriptorius, e che occupava il lembo estremo posteriore sinistro della faccia posteriore mediana superiore del nodo, e la metà superiore sinistra del tratto di superficie posteriore del bulbo, che entra a formare il seno romboideo. I peduncoli cerebellari superiore ed inferiore erano tesi, per l'impegnarsi del tumore nell'angolo laterale esterno di detta fossa, il medio ne era compresso. Buona parte delle barbe acustiche di sinistra erano distrutte, come era disfatta la porzione superiore dell'ala cinerea.

La tinta del neoplasma era grigio-rossigna, la superficie bernoccoluta, manifestamente ombellicata nel centro, la consistenza uniforme e maggiore che nella sostanza bianca del cervello: la struttura microscopica risultava di numerossimi e minutissimi nuclei, di piccole cellule grinze con qualche cellula gigante e di innumerevoli granulazioni. Nei ventricoli laterali 15 gr. circa di siero. Il ganglio di Gasser sinistro, le tre branche del V che ne emanano apparvero intatti; come non si rilevò alterazione sensibile nei nervi frenici.

Epperò, dice l'Autore nell'epicrisi, il tumore non giaceva propriamente nella parte antero-laterale sinistra del bulbo, ma nella sua parte postero-laterale suddetta.

Sicchè la paralisi del V, VI, VII di sinistra vennero determinate non direttamente dal tumore, ma dal rammollimento necrobiotico secondario per le conseguenze meccanico-idrauliche del neoplasma istesso. L'essere la meningite basilare unilaterale e limitata nel solco silviano destro non poteva dare, come non diede le parvenze brusche dell'idrocefalo acuto. Il fegato del volume quasi normale di color noce moscata confermò il giudizio di semplice iperemia meccanica, ed il perimetro delle vene sopraepatiche superante di un centimetro il calibro della cava ascendente fu eloquente conferma della stasi venosa epatica. Intatti i nervi frenici, e accertata la tubercolosi delle pleure diaframmatiche, l'Autore propendette nell'epicrisi ad una paralisi diaframmatica periferica, epatica. Quanto alla riduzione finale del volume del

fegato il prof. Orsi, anzichè far ricorso a speciose ipotesi dei tanti comodi giuochi vaso-motorii, è d'avviso che il consumo generale del corpo del paziente non ne doveva risparmiare il sangue ed il fegato.

Riflettendo col pezzo anatomico alla mano mi sono chiesto più di una volta se il caso speciale ci autorizza ad ammettere in altro caso consimile una sede posteriore anzichè l'anteriore del bulbo ammessa in Clinica dal prof. Orsi. E dovetti sempre rispondermi negativamente. Infatti il tumore nel pavimento del quarto ventricolo non suole dare paralisi complete e tanto meno una paralisi completa di tre nervi cerebrali, quale nel caso particolare, e che predominante nel quadro morboso in un colla emiparesi crociata degli arti doveva condurre, giusta i precetti della neurologia, o alla porzione anteriore del nodo e del bulbo primitivamente, o secondariamente là e primitivamente alla base cranica. Anche la glicosuria insorta tanto tardiva, ed unita a vomiti, ecc., doveva far pensare piuttosto o a diffusione del tumore verso il pavimento del IV ventricolo, o a processi morbosi secondarii provocati in quella direzione. Il fatto si avverò in senso opposto quasi per mostrarci anche per questa sede importantissima dei centri nervosi che le alterazioni secondarie ad un processo morboso primitivo, di cui è da fissarsi sede e natura, non hanno leggi nel tempo, nel grado e nell'ubicazione del loro diffondersi.

Uno sguardo comparativo tra sintomi e lesioni anatomiche del caso in discorso, la rimembranza di altri casi pubblicati di tumori nel bulbo, e di nozioni fisiologiche su questo ultimo mi portano anche l'attenzione:

*a*) Sulla insorgenza tardiva della cefalalgia;

*b*) Sull'insorgenza pur molto tardiva della glicosuria, prescindendo dalla poliuria, che poteva non avverarsi per le speciali condizioni della circolazione renale, e non valutando l'albuminuria, che poteva avere altra fonte, oltre la nervosa centrale;

*c*) Sulla cofosi sinistra apparsa solo negli ultimi giorni, mentre buona parte delle barbe acustiche di sinistra dovevano essere in precedenza lese, come doveva essere leso il *nucleo acustico superiore di Henle*, superficialmente situato a lato ed in su dell'ala cinerea;

*d*) Sulla mancanza, sino a molto tardi almeno, dell'ageustia alla metà sinistra della base linguale, mentre i centri del IX si localizzano nella punta del triangolo formato dall'ala cinerea;

*e*) Sulla mancanza della rarità di polso, come a lungo suole notarsi per i tumori del pavimento del IV ventricolo, in segno d'irritazione al centro del X, se pure l'aumentata frequenza del polso nel caso speciale non subordinavasi alle lesioni pericardiche;

*f*) Sull'idrocefalo interno, troppo scarso rispetto alla sede ed al volume del tumore.

II.

**Curiosità cliniche.** (*Gazz. medica italiana Lombardia*, 1881-82).

Con questo titolo il chiariss. Autore imprese una serie di pubblicazioni, che superano di molto i limiti della *curiosità* per chi le legge.

*Episodio nella storia del bacillus malariae.* (Cur. I. Anno 1881, pagina 91). — Il prof. Orsi pur favorevole all'idea « di considerare i processi infettivi quali malattie parassitarie, prova però qualche diffidenza nell'accogliere per scoperte le indicazioni di alcune basse forme « di organismi come vere ed indiscutibili cause viventi di determinate « malattie. » Donde le sue meraviglie alla vista delle tavole del *bacillus* annesse egli *studi sulla natura della malaria* del Klebs e Tommasi-Crudeli (1879); tanto più che quel lavoro induttivo sperimentale *si annunziava corroborato da qualche indagine anatomo-patologica*, cui più tardi s'aggiunse l'*appoggio clinico* per gli studii fatti a Roma dal Marchiafava, Ferraresi, Sciamanna e per quelli del Perroncito, Polletti e Malinverni a Vercelli. « La meraviglia era motivata dal riflesso, « che forme organiche così evidenti e grossolane come quelle date dal « Klebs e Tommasi-Crudeli non avrebbero dovuto sfuggire all'indagine « microscopica di chicchessia quando realmente fossero esistite nel san- « gue circolante cavato lì per lì dal corpo dell'ammalato di infezione « palustre. » Ed avuti fortissimi dubbii da prime ricerche, a cui s'era accinto, il prof. Orsi ricorse al prof. Golgi, il quale insieme col professore Perroncito racossi nel Gabinetto di clinica medica per il desiderato esperimento.

Il prof. Orsi presentò (3 marzo 1881) il sangue di dieci individui senza punto dire se e come quest'ultimi fossero stati ammalati, e lo presentò raccolto secondo le norme dategli in precedenza dal prof. Perroncito, cioè in tubettini di vetro allargati al centro e chiusi alle estremità capillari, di cui l'una era stata rotta (previo forte riscaldamento sulla fiamma a spirito, appena prima di raccogliere il sangue dal dito ben lavato con acqua calda ed alcool rettificato) ed indi riscaldata alla fiamma. Dei dieci tubetti presentati due furono preparati quattro ore prima, gli altri in ore diverse del giorno innanzi.

L'indagine venne condotta dal Golgi e dal Perroncito alla presenza del prof. Orsi, dei dottori Bassini, Stefanini, Comini, dello studente Poletti e di chi scrive.

Risultarono dati negativi o contradditorii per l'esistenza del *bacillus malariae*. Il prof. Orsi tacque per il momento sulla provenienza del sangue esaminato, ed invitò il prof. Golgi ad interessare il Perroncito per un secondo esperimento, che si fece due giorni dopo nel più spazioso e meglio fornito Gabinetto d'istologia. Il prof. Orsi presentò altri undici tubetti di sangue preparati il giorno prima secondo le regole

avutene, e di ognuno si fecero quattro preparati microscopici per i professori Golgi, Perroncito e pei dottori Bassini e Stefanini. Il dott. Comini ed io eravamo presenti a questo secondo osperimento. Sulla fine dell'esame il prof. Orsi pose sotto gli occhi dei colleghi le note delle due serie di ricerche, dalle quali tutte risultò che molti microrganismi somiglianti a quelli che si credono *caratteristici e causa viva dell'infezione palustre* si osservarono (e persino nel più gran numero) in soggetti sanissimi, ed in chi non subì mai affezioni miasmatiche, mentre d'altro canto si ebbero persino risultati incerti, quasi negativi nell'esame del sangue di soggetti infetti da malaria ed estratto all'iniziare del periodo algido della febbre.

*Bizzarrie geografiche del bacillus malariae.* (Cur. III. Anno 1881, pag. 174 e 182). — Ad eliminare il dubbio che il così detto bacillo palustre avesse potuto per avventura penetrare e vivere negli organismi umani senza sconcertarne apparentemente la salute, il prof. Orsi fece raccogliere nel voluto modo il sangue d'individui sanissimi o con infermità non infettive ed abitanti in luoghi salubri ed esenti dal miasma palustre, quali *Borno* a circa 7 ore in su di Lovere, *Olivone* (Canton Ticino) a 900 metri al disopra del livello del mare, e *Bienno* (Val Camonica) che è un'alto paese della provincia di Brescia.

Forniti delle debite istruzioni raccolsero il sangue a Borno e Lovere gli ottimi allievi del 6.° Corso Franzoni ed Emma (21-23 aprile 1881) ed a Bienno il dott. Tempini, altro stimatissimo allievo del prof. Orsi. Si esaminarono i 7 tubettini, spediti dal Franzoni ed arrivati illesi a Pavia, 42 ore dopo l'estrazione, i 7 portati dallo stesso Emma 24 ore e 40 ore dopo, i 12 del dott. Tempini 46 ore circa dopo la loro preparazione. Da queste nuove indagini, alle quali io pure partecipava assieme col dott. Comini, risultò che nel sangue spettante a soggetti o sanissimi, o senza malattie infettive, ed abitanti di continuo in paesi immuni dalla malaria, osservato col metodo voluto dal Perroncito si trovano più o meno numerosi e più o meno sviluppati i microrganismi, anche in quelle forme più spiccate e riferite al *bacillus malariae.*

Avuto riguardo all'entusiasmo con cui si pubblicarono e si accolsero i primi lavori sul *bacillus malariae* ed al valore di coloro che condussero le prime osservazioni, e quelle, di cui ho fatto cenno or ora, era ad attendersi nello stesso campo una serie di successive indagini per quella legge naturale di azione e reazione, che anco nel campo della scienza è guida allo scoprimento del vero. E tale attesa, espressa a modo di buon augurio, si manifestò in qualche nostro periodico scientifico. Ma finora, per quello che ne so, non vi corrispose il fatto.

*La portata scientifica del 1.° articolo delle mie curiosità cliniche.* (Cur. IV, 1881, pag. 211). — Questo numero delle curiosità cliniche è

un'articolo polemico, in cui l'Autore rivela il metodo che seguirebbe nell'esaminare il sangue degli ammalati a proposito della ricerca del bacillo palustre, e cioè subito dopo averlo cavato dal loro dito, senza attenderne la decomposizione: tanto più che il sangue dei malati di febbri palustri essendo ordinariamente idremico lascia più o meno estesi spazii sierosi, trasparenti. Ed afferma l'Autore di non avere osservato mai nel sangue appena estratto di tali infermi quella serie di microrganismi, che si vogliono proprio dell'infezione miasmatica, di averli osservati invece sempre nel sangue di sani o di ammalati purchè decomposto, non che in altri infusi organici naturali ed artificiali (urina, feci, ecc.).

*Di un caso di diabete mellito curato al suo esordire e per sei mesi colla carne.* (Cur. II. Anno 1881, pag. 121). — È riferita la storia d'un diabete mellito, in cui malgrado la cura della dieta carnea e dell'acido lattico continuata per sei mesi ed iniziata nel primissimo stadio del male il paziente non è punto guarito. Le urine esaminate in più riprese diedero sempre traccie di glicosio, anche pochi giorni prima della pubblicazione del caso. E l'esame fu fatto proprio in modo accuratissimo, perocchè ogni volta prima d'impiegare il sensibilissimo reattivo di Trommer l'Autore ebbe cura di precipitare coll'acetato di piombo quanto poteva per l'azione riducente simulare il glicosio, togliendo poi per mezzo del carbonato di soda e della filtrazione l'eccesso del piombo aggiunto. A titolo d'esperimento s'invitò il paziente una sol volta nel quarto mese di cura a mangiare un ettogr. di pane, e questo bastò perchè le urine dessero successivamente col reattivo ricordato il colore rameo, tanto lo zuccaro si presentò in aumento.

*Due fratelli affetti da ipermegalia muscolare progressiva paralitica.* (Cur. V. Anno 1781, pag. 211). — Sono due figli di un povero sarto di Albuzzano, l'uno di 13, l'altro di 10 anni. Nulla nel gentilizio. Il maggiore a 9 mesi patì convulsioni, camminò a 14 mesi, cominciò a parlare a 2 anni, patì ad 8 anni la scarlattina, diede i primi segni di debolezza alle gambe a 10 anni, e l'ingrossamento ai polpacci si fissò un'anno dopo. L'altro camminò a 2 anni, ebbe parvenze di rachitide a 3, patì la scarlattina a 4 anni, e si mostrò debole e coi polpacci grossi dai 6 anni. Accettati nella Clinica medica il 21 aprile 1881, il primo ha intelligenza ottusa, ma fisionomia regolare, e regolare conformazione del cranio, il secondo è ottusissimo, colla faccia da stupido, la fronte bassa, la circonferenza cranica di 48.5 centim., ha del selvatico, e non si riesce mai a sentirlo parlare se non per sorpresa. In ambedue le sensibilità comune e specifica sono dovunque normali, e nulla rilevasi di irregolare nella digestione, nel respiro, nella circolazione, nella funzione renale, cutanea e termogenica. La statura è proporzionata all'età. I segni di viziata motilità e di abnorme atteggiamento del tronco proprii della

malattia risaltano in entrambi, e più nel minore. In ambedue si ha sporgenza e durezza del ceppo lombare, grossezza e durezza dei muscoli posteriori della gamba: e quì ai polpacci la circonferenza misura 30 centim. nel più piccolo, men di 28 centim. nell'altro. E mentre in questo la gamba contrasta per grossezza colla coscia, che nella parte alta misura solo 31.5 centim. di circonferenza, in quello anche la coscia è ingrossata, e di una forma come triangolare per prevalente sviluppo dei retti e vasti interni. In quest'ultimo anche le natiche sono di più ingrossate per quanto ingrandite anche nel primo, e rilevasi parimente l'ipermegalia ne'muscoli deltoide e scapolari. Le muscolature ingrossate rispondono assai debolmente all'eccitazione faradica. Il prof. Orsi finisce la breve storia clinica col ricordare il primo suo caso d'eguale malattia in cui ad una fase molto avanzata del male l'esame anatomico diede generale adiposi muscolare e veruna alterazione nervosa.

*Sei individui di una stessa famiglia colpiti da idruria.* (Cur. VI. Anno 1881, pag. 352). — Lo zio materno, la madre ed i quattro figli maschi d'una famiglia di Tromello, sono presi dal male, il padre e le due figlie ne vanno esenti. L'uno dei figli, l'accolto in clinica, ne va affetto al massimo grado, arrivando ai 20 litri in un giorno. Furono tentate invano parecchie cure, compresi il tannino e l'injezione ipodermica di pilocarpina. L'influenza dell'eredità nel diabete insipido è già nota: gli esempj, di Débrey, Lacombe, Wachsmuth, Anderson e di altri, a quel modo che Trousseau, Belloc, Reith, ecc., mostrarono un nesso ereditario tra diabete insipido e mellito. Nessuno però, per quello che mi è noto, segnò un numero così alto di casi d'idruria in una stessa famiglia.

*Esoftalmia doppia da meningite basilare essudativa suppurativa.* (Cur. VII. Anno 1882, pag. 3). — Interessa la breve storia clinica ed anatomica tanto per la meningite basilare semplice, acuta, primitiva, e spontanea, ciò che è un fatto piuttosto raro, e che nel caso speciale ha qualche sintomo, non comune, quanto per la diffusione della flogosi al cellulare delle due orbite, il che è un fenomeno del tutto eccezionale. La causa del male è incognita, come di solito in questi casi. L'età del paziente sorpassa il limite ordinario di 20-32 anni, avendone 42. Mancò nel caso particolare la frequente contrattura alla nuca, fu precoce il trisma, che comparve si può dire coll'insorgere della febbre: si ebbero spasmi facciali. Il decorso fu dei più rapidi. L'Huguenin cita un caso eccezionale di una durata minima di 17 giorni. Qui la malattia durò 22 giorni. La diffusione dell'inflammazione all'orbita con esoftalmia bilaterale deve essere ben rara, se non figura nei quadri, che sono dati in genere dai trattatisti sulle meningiti, se anche l'Huguenin l'ommette in una dettagliata ed interessante trattazione della meningite basilare semplice (*die einfache Basalmeningitis*).

È da far voti che il nostro Autore ci regali nuove *curiosità* importanti al pari di queste prime. Dott. Pietro Grocco.

---

*Il Direttore e Gerente responsabile*
Prof. A. Corradi.

# INDICE DELLE MATERIE

---

## SULL'USO DEL JODOFORMIO IN CHIRURGIA

Rivista del dott. VITTORIO CAVAGNIS.

### 1.° Cenni storici.



### 2.° Il jodoformio nelle malattie chirurgiche fungose e nelle piaghe cavitarie.



### 3.° Il jodoformio nel lupus.



### 4.° Il jodoformio qual mezzo generale di medicatura.

**14.° Il jodoformio nell'XI Congresso dei chirurghi tedeschi, e nel X dell'Associazione Medica Italiana in Modena.**



---



BIBLIOGRAFIA.



---

# RIVISTA DI TERAPEUTICA E FARMACOLOGIA

del prof. A. CORRADI.

---



Hurd E. P., di Newburyport. — **Recenti progressi della terapeutica in America.** (*Bulletin général de Thérapeutique,* 1882, CII, 204, 247, 288, 478).

I. *Cura della tisi.* — Vedemmo mezzi dietetici opposti prescritti nella cura di questa tremenda malattia. In Francia il regime oggi di moda sembra sia il *gavage* (nutritura artificiale), mentre negli Stati Uniti medici valenti preferiscono la dieta.

Il dott. Page (1) crede che la prima causa della tubercolosi sia un vizio della digestione, donde cattiva assimilazione, e che la prima indicazione sia il riposo degli organi digerenti, anzichè l'aumento del loro lavoro.

Nel *Mercy Ospitale* di Chicago nella cura della tisi il dott. G. W. Muson, si prefigge di far senza il più che è possibile, d'ogni medicamento e di mettere il paziente nelle migliori condizioni igieniche per eccitare la nutrizione (2). Di qui la necessità di vesti sufficienti, specialmente di flanella; di qui l'indicazione d'ogni specie di esercizj, all'aperto, purchè non istanchino di soverchio. Più volte al giorno si tenta di dilatare ampiamente i polmoni. Bagni tiepidi parecchie volte la settimana. Cibi

---

(1) « Journal of Chemistry » Boston, Feb. 1882.
(2) « Medical Record » vol. XVII,

di ogni sorta. Non si danno medicamenti tonici ma invece in abbondanza la maltina, l'olio di fegato di merluzzo e lo sciroppo composto d'ipofosfito.

Contro la tosse persistente con espettorazione difficile, si dà il cloruro d'ammonio (1). I bagni con l'allume sono molto usati nei sudori notturni.

Nei *Pensylvania Ospitale* il dott. Roberto Bartolow dà di solito l'atropina insieme colla stricnina e la morfina per combattere i sudori, diminuire la tosse ed arrestare i vomiti riflessi. Egli prescrive di consueto: atropina milligr. 3 tre volte al giorno; con che lo stato dei polmoni si giova di molto. La picrotoxina, data alla medesima dose, arresta la la traspirazione per qualche giorno; la dose può essere portata ad un milligrammo.

Non si può ricorrere alla pilocarpina per uso continuo; l'atropina è in generale preferibile. La chinina, la digitale, l'aconitina, il jaborandi diminuiscono gli induramenti polmonari, ne favoriscono il rammollimento e l'eliminazione; sono anche buoni nello stadio inflammatorio della tisi.

Quando gli alveoli sono colmi di prodotti caseosi, vi ha per qualche tempo un'apparenza fallace di benessere; ma presto sussegue il rammollimento colla febbre setticoemica, cioè brividi, febbre, sudori, in conseguenza della suppurazione del polmone. I migliori rimedj sono il riposo ed i correttivi della tosse. Per riposo s'intende il far a meno di qualsiasi esercizio muscolare, perchè questo, durante la febbre setticoemica, se non è minimo fa salire la temperatura di parecchi gradi. Ma è bene che gli ammalati respirino buon'aria il più possibile. Contro la tosse Bartholow usa polverizzazioni di acido fenico e di morfina e gargarismi con una soluzione satura di bromuro di potassio.

La codeina è migliore contro la tosse della morfina; è uno specifico per l'irritazione del pneumogastrico e meno eccitante e nauseosa della morfina. La codeina può essere combinata colla stricnina quando v'abbiano vomiti, e coll'atropina nei sudori notturni (2).

II. *Hydrargea arborescens nei calcoli renali.* — I dottori Edom e Green, nel « New-York medical Journal », stimano favorevole l'azione dell'*hydrargea* ne' calcoli renali. I sintomi dei casi che essi riferi-

---

(1) Cloruro d'ammonio gr. 12 — Tartaro stibiato centigr. 12 — Solfato di morfina centigr. 18 — Sciroppo di liquirizia gr. 120. — Da prenderne un cucchiajo da caffè ogni quattro ore.

(2) Solfato di codeina centigr. 75 — Estratto di giusquiamo centigr. 130. — Per 20 pillole, da prenderne una ogni 4 ore. — Solfato di codeina 1 grammo — Solfato di stricnina centigr. 6 — Solfato d'atropina centigr. 1 — Acido solforico diluito gr. 8 — Acqua gr. 24. — Da prendersi 10-15 goccie tre volte al giorno.

scono sono caratteristici della litiasi; dolori intensi lungo il tragitto degli ureteri che si estendono fino al pene, retraimento dei testicoli, tenesmo e disuria, tremiti, freddo, traspirazione e prostrazione. Si fecero injezioni ipodermiche di atropina e di morfina, fomenti sull'addome, infine si diede la *hydrargea arborescens* alla dose di 2 grammi, ogni due ore.

I risultati furono sempre soddisfacenti, quantunque sia impossibile determinare l'influenza di questo medicamento nella guarigione; perchè, spesso si vede un miglioramento per effetto di qualche rimedio anodino. L'hydrargea si adoprò molto tempo, in questa regione, nelle affezioni calcolose. È una pianta indigena che cresce nel centro e nel sud degli Stati Uniti. La radice, che è la parte adoperata, è aromatica e piccante; contiene albumina, amido, resina e diversi sali. Molti casi, che tendono a confermare la sua efficacia nella litiasi urinaria furono pubblicati dai dottori Duttler, Atlee, Horsey, Monkur e March. Si può usarla in decotto alla dose di 15 grammi, in sciroppo od in estratto fluido alla dose di 2 grammi.

III. *Jaborandi nel croup.* — Il dott. Ames, nel « Medical surgical Reporter » del 26 novembre 1881, riferisce i felici risultati dati dal jaborandi insieme con la *Yerba santa* e la *Grudelia robusta* nel croup. Egli dà l'estratto fluido del jaborandi alla dose di 20 goccie ogni due ore fino a che se ne producono gli effetti fisiologici, cioè quando prendono il posto della dispnea e della tosse secca la respirazione naturale e una tosse più umida e mite. Il jaborandi, agendo sulle glandole salivari, mantiene sulla laringe e trachea infiammate uno strato di umore che impedisce la formazione delle false membrane.

IV. *Della picrotoxina nei sudori notturni.* — Il dott. Henry, medico nell'Ospedale vescovile di Pensylvania, raccomanda la picrotoxina nei sudori notturni dei tisici. Ne ordina di solito $^1/_{60}$ di grano (circa gr. 0,0007) in una pillola poco prima di coricarsi. Questa dose deve ripetersi due o tre volte nelle 24 ore nei casi ostinati. Egli usò questo medicamento in più di cento casi, e gli parve migliore degli acidi minerali, della segale cornuta e dell'atropina; sicchè l'antepone ad ogni altro nella suddetta malattia.

Il dott. W. Marrell espose risultati consimili nel *Practitioner*, dando la dose di $^1/_2$ di milligr. ad un milligrammo, tre o quattro volte nelle 24 ore.

V. *Cura della diarrea infantile.* — La cura della diarrea infantile con piccole dosi di calomelano e di polvere del Dower una volta molto in uso, oggi è abbandonata negli Stati Uniti.

I migliori medici prescrivono l'oppio ed il bismuto colla creta pre-

parata e spesso colla pepsina, conforme si fa nel *New York Infant Asylum* (1).

VI. *Del Gossypium herbaceum o cotone.* — È un abortivo? Tutti i trattati di terapeutica americani parlano delle proprietà abortive ed eccitatrici del parto del *Gossypium*, come se non ne cadesse dubbio. L'ultima edizione del *National Dispensatory* mette la radice del cotone a lato della segale cornuta per la sua azione tonica sulla fibra muscolare dell'utero. È pure vantata come emmenagogo. Il dott. Martin (d'Indiana) pubblicò i ritultati di esatte ricerche sull'azione fisiologica del *Gossypium* nel coniglio, e dimostrò, almeno per gli animali presi in esperimento, che questo medicamento non aveva nessuna potenza di indurre o di provocare le contrazioni uterine. Gli effetti del *Gossypium* sugli animali a sangue caldo in generale sono: uno stupore che aumenta gradatamente, un indebolimento della motilità e sensibilità, che terminano con una paralisi completa o colla morte. Tutte le femmine esperimentate erano gravide, ma in nessun caso si ebbe traccia di iperemia o di contrazione uterina. Conviene cancellare dalla materia medica una sostanza, che forse non ebbe mai la minima virtù terapeutica.

VII. *Cura del catarro naso-faringeo.* — Il dott. Goodwillee, di New-York (« Medical Record » vol. XXI, p. 191) consiglia nel catarro naso-faringeo, una polvere astringente fino al massimo grado. Questa polvere deve essere spinta nelle narici da un apparecchio ad insufflazione come le forniscono tutti i fabbricatori d'istrumenti (in mancanza d'istrumento, si può adoperare una siringa di gomma elastica con una penna d'oca fissata all'estremità).

Le polveri del Goodwillee sono le seguenti:

| | |
|---|---|
| Benzoino . . . . . . . . . . | 4 grammi |
| Cloridrato di morfina . . . . . . | 0,36 » |
| Sottonitrato di bismuto / Nitrato di potassa . . . . . | 15 » |

Questa polvere è buona anche per l'azione sedativa e può usarsi quando vi ha iperemia e dolore. Sul principio della corizza, bisogna introdurne certa quantità sulla mucosa nasale.

---

(1)

| | |
|---|---|
| Tintura d'oppio . . | 16 goccie |
| Sottonitr. di bismuto | 8 grammi |
| Sciroppo semplice . | 15 » |
| Mistura cretacea. . | 45 » |

Un cucchiajo da caffè ogni tre ore per un bambino di un anno.

| | |
|---|---|
| Tintura d'oppio. . . | 16 goccie |
| Sottonitrato di bismuto | 8 grammi |
| Pepsina . . . . . . | 6 » |
| Acqua di menta / Sciroppo di zenzero | 30 » |

Un cucchiajo da caffè ogni tre ore.

Quest'altra polvere sarà indicata quando vi sia bisogno di un astringente più forte, per es. nell'emorragia nasale:

| | | |
|---|---|---|
| Allume polverizzato | . . . . . . | 15 grammi |
| Gomma arabica polverizzata<br>Sottonitrato di bismuto<br>Nitrato di potassa | . . . . | 60 » |

VIII. *Glaucoma acuto guarito coll'eserina.* — Il dott. Lundy riferisce un caso di glaucoma acuto con dolore, congestione, alterazione della vista, pupilla dilatata ed immobile, globo dell'occhio di durezza lapidea, ecc., guarito coll'uso frequente di un collirio di eserina (Eserina 0,06 — acqua distillata 15 grammi); il quale nel primo giorno era instillato nell'occhio ogni quarto d'ora, in seguito ogni due ore. Il dottor Lundy crede che l'eserina possa sostituire con vantaggio l'iridectomia in parecchi casi (« New-Jork Medical Record, » vol. XXI, pagina 173).

IX. *Del Quebracho nella dispnea.* — Il *quebracho* è un nuovo rimedio buono in quasi tutte le varietà di asma. È ritenuto come uno specifico nell'irritazione dei centri respiratorii. Il nome singolare di *quebracho* dinota la sua origine messicana. Dando 15 goccie del suo estratto liquido, ogni quarto d'ora, si ha un sollievo.

La Società terapeutica di New-York si è dichiarata in favorevolmente per questo medicamento. Sopra 32 casi riferiti, in cui la dispnea costituiva il sintomo capitale, fu essa più o meno diminuita in 21.

X. *Cura del diabete zuccherino.* Nella riunione dell'Accademia di medicina di New-York, del 16 febbrajo 1882, il dott. A. A. Smith discorse del diabete zuccherino, ponendo in vista alcuni punti importanti. Riferiva tre casi ove la malattia aveva rapporti intimi ed evidenti con alterazioni nervose; tutti questi malati avevano una grande inclinazione per gli alimenti zuccherini. I fenomeni parvero tenere l'ordine seguente: 1.° irritabilità continua del sistema nervoso; 2.° alterazioni gastro-epatiche associate ad un desiderio esclusivo per gli alimenti zuccherini; 3.° zucchero nelle orine.

La cura seguita in tutti questi casi fu di amministrare la codeina alla dose di 2 a 6 centigr., il percloruro di ferro alla dose di 20 goccie e delle pillole lassative di aloe, noce vomica e josciamina.

Il paziente aveva il permesso di bere acqua quanto ne voleva. In tutti questi malati si manifestò un miglioramento rapido ed in quattro mesi lo zucchero era interamente scomparso dall'orina. La cura fu continuata; alla fine di un anno nessuna traccia di zucchero nell'orina.

Il dott. Smith riferisce l'osservazione importantissima di un giovane da lui curato. Mentre fin allora era molto dimagrito, invece dal giorno in cui fu istituita la cura, l'aumento in peso fu rapido e lo zucchero

scomparve dall'orina. Davanti a simili casi, bisogna tenere meno fosco il pronostico del diabete.

Il dott. Flint fa osservare che oggi il diabete zuccherino è svelato molto più spesso di una volta, e ciò perchè l'attenzione è volta a questo lato. I sintomi della malattia talvolta sono molto leggieri. Egli vide dei casi in cui vi era semplicemente irritazione nell'estremità del pene. La miglior cura è, secondo lui, la dietetica, ma bisogna seguirla esattamente e il medico deve dare al suo malato tutte le istruzioni necessarie, relative ai diversi alimenti, ecc.

Egli ha dato con buon effetto il solfuro di calcio in alcuni casi di diabete ed ha veduto nel corso di esso insorgere fenomeni tossici che qualche autore designò sotto il nome di *acetonemia*. Il dott. Ubbard ottenne buoni risultati col lievito della birra.

Il dott. Peters, ammettendo la malattia di origine nervosa, considera la noce vomica il miglior rimedio.

Il dott. Draper dà grande importanza nel diabete al fegato, e questa malattia si sviluppa spesso quando vi hanno precedenti ereditarii di gotta. In questi casi non vi ha solo dello zucchero, ma eziandio dell'urea e dell'acido urico in eccesso.

La stessa cura dietetica è applicabile in questi casi e il vitto azotato è il miglior rimedio che si possa contrapporre alla malattia.

Il dott. Draper ha pure esperimentato il solfuro di calcio ed ottenuti buoni risultati; ma ripete in fine che è la cura dietetica che deve prevalere ad ogni altra, e darà spesso buoni risultati anche in quei casi gravi in cui tutti i rimedii falliscono.

XI. *Cura della dispepsia*. — Il dott. W, di Neftel di New-York in due pregevoli articoli del *Medical Record* (Vol. XIII e XIV, pag. 449, 240), studia la cura della dispepsia, che d'accordo col dott. Lecorché (« Etudes médicales, » pag. 226), considera come sintoma del catarro cronico dello stomaco.

I medici americani hanno troppo l'abitudine, quando curano lo stomaco, di non considerare che l'atonia, che la debolezza della tonaca muscolare e glandolare; da ciò le prescrizioni di diversi medicamenti e vini acidi i quali, se danno qualche buon risultato in principio, non tardano punto ad aggravare la malattia.

Dopo che fu introdotta la pepsina, venne essa adoprata prodigamente nella cura delle malattie dello stomaco, perchè era ritenuta il miglior rimedio contro la debolezza di tale viscere; se essa non fa bene, si diceva, non fa neppur male.

Quindi pepsina ed acidi vegetali sono l'arsenale del pratico; certi medici non si servono di altri mezzi.

Nella cura dei sintomi del catarro gastrico, il dott. Neftel insiste sui sintomi costituzionali prodotti dall'alterata nutrizione, il dimagrimento l'anemia, la prostrazione, la vertigine, il malessere all'epigastrio, l'anoressia e gli altri sintomi che indicano l'alterazione dello stomaco.

Spesso si ritengono questi casi per irritazione spinale. Alcuni malati del dott. Neftel si sono messi spontaneamente a dieta: acqua di riso, riso bollito nel latte, senza carne, ecc. Altri si ristoravano con grande quantità di acqua calda.

Riguardo all'eziologia dell'affezione, non è da mettersi in dubbio che la dispepsia in America non sia più frequente che in Europa. Il dottore Neftel l'ha osservata sovente ne' fanciulli; ed il dott. Hurt ha fatto la stessa osservazione: l'eredità indubbiamente vi concorre. Il genere di vita dell'americano chiarisce anche questa eziologia; gli stranieri stabilitivi non hanno i mezzi di procurarsi una nutrizione sufficiente e vi rimediano coll'uso dell'alcool di patate ed altre bevande spiritose. In generale l'arte culinaria è in America troppo trascurata; molti buoni alimenti sono guastati da cattivi cuochi, troppo uso di pasticcerie, di carni preparate, di carne di majale. Molti sempre affaccendati mangiano troppo in fretta ed il cibo non è abbastanza masticato.

Nella cura della dispepsia il dott. Neftel insiste nel dire che è necessario di fare pochi pasti e distanti: due o tre nelle ventiquattro ore, null'altro prendendo nell'intervallo. - L'esperienza ed il senso comune suggeriscono che non bisogna introdurre nello stomaco della carne quando ve na ha ancora di quella non intieramente digerita. Aggiungendo albumina fresca ad altra che fu già convertita in peptone, interrompiamo il corso normale della dialisi. Questa regola vale soltanto per gli alimenti solidi e non pei liquidi, il cui assorbimento è rapido. Dunque, pasti poco frequenti, separati da lungo intervallo, è il primo precetto della cura. Alcuni ciarlatani si sono acquistata grande riputazione semplicemente facendo limitare il numero dei pasti a due. In principio della dispepsia il regime è una cura sufficiente. Bisogna dare della carne poco cotta e talora cruda.

Fa meraviglia il vedere come uno stomaco debole, iperemico, può ridurre in peptoni gli alimenti animali. Il dott. Neftel su questo punto è d'accordo col prof. Jaccoud (« Pat. int. » vol. II, pag. 262, 4.ª ediz.): « l'uso continuo degli alimenti ternarii esagera i sintomi aumentando l'ipersecrezione e l'alcalinità del menstruo gastrico..... Bisogna porgere allo stomaco quelle sostanze alla cui elaborazione è fisiologicamente destinato. » Ma l'esperienza di me stesso, dice il dott. Hurt, nato da parenti che soffrivano di dispepsia combina con quella del dott. Neftel e del prof. Jaccoud sulla necessità di un alimento prevalentemente animale. Non è punto difficile di correggere i sintomi gastrici con qualche dose di rabarbaro e magnesia, o coll'uso delle acque di Friedrichshall ed Hunyadi Janos. Bisogna stare un po' in riposo dopo il pasto, fare un legger sonno dopo il desinare, se ciò è possibile. Il riposo facilita il lavoro dello stomaco e gli dà modo di attrarre una maggior quantità di sangue. Tutte le sostanze fermentescibili, quali l'aceto, la birra, gli alimenti grassi, devono essere evitati. Il dott. Neftel di solito prescrive l'acido cloridrico diluito da prendersi dopo il pasto. Esperienze fisiolo-

giche hanno dimostrato l'utilità di questo agente nella digestione. In molti casi la causa della dispepsia dipende dalla mancanza di acido cloridrico nel succo gastrico, e ciò specialmente nelle persone anemiche e febbricitanti. L'uso del cloruro di sodio offre pure qualche vantaggio.

In un periodo più avanzato della malattia, la principale indicazione è di impedire la morbosa fermentazione nello stomaco. Il dott. Neftel a questo scopo prescrive l'acqua clorurata di recente preparata, secondo la Farmacopea tedesca; da bersi nella giornata circa ogni ora. In qualche raro caso, quando l'alimento si ferma di soverchio nello stomaco a cagione della troppa dilatazione di esso e della scemata contrattilità muscolare, l'uso della tromba gastrica, secondo il metodo di Kussmaul, potrà divenire necessario.

In questi casi il dott. Neftel usa volontieri i sali di Carlsbad, alla dose di 8 grammi in molta acqua, da prendersi al mattino di buon'ora.

Il dott. Hurt si vale con vantaggio di una miscela consigliata dal dott. Neftel, di

| | |
|---|---|
| solfato di soda | 85 per 100 |
| sal comune | 12 » |
| carbonato di soda | 3 » |

La soluzione fatta con questi tre sali stimola lo stomaco e l'intestino aumenta le evacuazioni ed eccita la secrezione del succo gastrico. Quando abbisogna un anodino si darà la morfina con bismuto; si possono usare anche benissimo le *goccie nere inglesi* (1); le goccie di tintura di belladonna.

Utile parimente riesciva la così detta *clorodina*, che è composta di

| | |
|---|---|
| tintura di capsico | 10 goccie |
| cloroformio | 2 » |
| sciroppo di menta | 10 » |
| morfina | 1 centigr. |

Guarita la dispepsia, rimane una certa atonia dello stomaco; i migliori rimedii da opporle saranno la noce vomica e specialmente il rabarbaro; bisogna darlo da 6 a 12 centigr. al giorno in più riprese; dosi più alto sarebbero inutili allo scopo che si vuol ottenere.

L'infuso di rabarbaro col cardamomo dà un eccellente preparato (2) di cui si prenderà mezzo bicchierino tre ore dopo il pasto.

---

(1) *Black drops:*

| | |
|---|---|
| Oppio di Smirne | 100 grammi |
| Aceto distillato | 600 » |
| Zafferano | 8 » |
| Noce moscata | 5 » |
| Zucchero | 50 » |

(2)

| | |
|---|---|
| Rabarbaro | 4 grammi |
| Grani di cardamomo | 4 » |
| Acqua | 240 » |

Le osservazioni precedenti contengono i principii generali della cura della dispepsia; un mezzo fu ommesso, l'elettricità: nei casi di dilatazione dello stomaco, correnti indotte di varia intensità potranno riescire efficaci secondo che attestano per l'esperienza fattene i dottori Neftel ed Hurt.

Arbing S. — **Modifications de la circulation sous l'influence des émissions sanguines**. (*Modificazioni della circolazione in conseguenza de' salassi*). In: *Revue de Médecine*, Paris 1882, N. 2, pag. 97.

Hales studiò l'influenza delle emorragie sulla pressione arteriosa e sull'ampiezza del polso. Dopo i suoi lavori sono degni di nota a questo proposito gli studii fisiologici di Buisson, Marey, Chauveau, Carville, J. Worm Mueller e le osservazioni cliniche di Lorain. Ma queste esperienze non fanno ben comprendere i rapporti che passano tra le diverse modificazioni del polso e il modo con cui si formano, perchè le osservazioni manometriche e sfigmografiche erano prese separatamente e per brevissimo tempo. Di più non si è mai badato allo studio correlativo delle modificazioni del polso e della pressione nelle arterie con quelle del corso del sangue in questi vasi. L'Autore s'accinse quindi a nuove ricerche mercè di grandi apparecchi che permettono di registrare ad un tempo e per più ore tutte le modificazioni della circolazione.

1.° *Modificazioni della pressione arteriosa per effetto del salasso.* — Hales avvertì che la pressione decresce gradatamente nelle arterie di un cavallo, a misura che l'animale perde sangue; e ciò è naturale. Ma questo fenomeno, come lo esposero Hales ed altri fisiologi, sembra compirsi con massima semplicità ed esattamente a gradi a gradi: solo Mueller fece osservare che i cani possono perdere una quantità di sangue uguale a 2,82 0|0 del loro peso prima che la pressione carotidea si abbassi in modo notevole e che se la massa sanguigna fu prima aumentata colla trasfusione, la perdita di sangue può essere superiore alla suindicata. E poichè a questo riguardo la quistione è importante se si considera il salasso come mezzo terapeutico, l'Autore faceva alquante esperienze ottenendone i seguenti effetti:

*A* (Il sangue esce ora dalla carotide, ora dalla giugulare).

Il primo salasso fa abbassare gradatamente la pressione carotidea, mentre il sangue sgorga dalla giugulare ed anche per 20-30 secondi dopo chiusa la vena; indi la pressione risale insensibilmente per fermarsi sotto al suo livello primitivo. Durante il secondo salasso si osservano oscillazioni analoghe; ma evacuato circa il quarto del sangue che il soggetto perderà prima di morire, si hanno, nell'intervallo dei salassi, oscillazioni sempre più profonde e durevoli, dipendenti da perturbazioni alternative del cuore e dei vasi periferici.

Si vede quindi che il salasso venoso dà una deplezione immediata dei vasi arteriosi corrispondenti, e che l'equilibrio della pressione tosto si

ristabilisce. Questo giustifica l'idea che si ha dei salassi derivativi, e le grandi oscillazioni della pressione provano che il salasso ha sullo stato statico della massa sanguigna azione grandissima circa come la repentina perfrigerazione della superficie del corpo.

*B* Se esaminiamo comparativamente l'effetto di più salassi successivi troviamo come Mueller, che le discese della pressione non sono proporzionali alla quantità di sangue estratto. Ma risulta che i piccoli salassi, eguali al 1|7 circa del sangue che scorre spontaneamente dai vasi, sono quasi senza effetto sulla pressione arteriosa e quindi sulla circolazione. Per ottenere una depressione notevole ($^1/_6$, $^1/_5$) della pressione normale bisogna evacuare presso a poco un terzo della massa del sangue. Non si può quindi contare sugli effetti terapeutici del salasso. Se non facendo correre gravi pericoli a' malati.

2.° *Variazioni della frequenza del polso per l'azione del salasso.* — Il Marey dice che è un fatto incontestabile l'acceleramento del polso dopo il salasso; ma per Lorain non sarebbe una modificazione costante e soprattutto durevole. Le esperienze di Carville dimostrarono che il polso si accresce, poi decresce per le evacuazioni sanguigne, ma non si conoscono bene le condizioni in cui il polso ha subito queste modificazioni. Quindi ciò che fin qui fu scritto lascia supporre che l' acceleramento del polso cresce col diminuire della pressione.

Le esperienze dell' Autore proverebbero che le cose vanno altrimenti: nel primo salasso il polso tiene un decorso ascendente durante l' evacuazione del quarto della massa sanguigna, ma poi decresce per nuovi salassi e torna alla cifra iniziale quando la massa del sangue è diminuita della metà; infine, continuando l'emorragia, l'acceleramento raggiunge il massimo, per rallentarsi di nuovo fino all'agonia. Si può quindi concludere: 1.° Il polso si fa più frequente finchè la diminuzione della pressione arteriosa non oltrepassi il terzo della pressione normale: 2.° il polso ritorna quasi alla cifra iniziale quando la pressione è compresa fra il terzo ed il quinto della normale; 3.° aumenta di nuovo quando la pressione scende sotto del quinto della normale. Però queste fasi di acceleramento e di rallentamento sono interrotte da periodi secondarii, nei quali il polso si rallenta o si sfrena in conseguenza di perturbamenti del muscolo cardiaco come vedremo.

3.° *Variazioni dell'ampiezza del polso per effetto del salasso.* — Si sa, come dimostrarono Arloing e Leone Tripier, che talora l' ampiezza del polso non è in relazione coll'energia della contrazione ventricolare. Marey dimostrò che se la pressione ateriosa si abbassa, l'ampiezza del polso aumenta e viceversa. Hales e Lorain trovarono che l' ampiezza del polso aumenta dopo il salasso.

Pel salasso la pressione si abbassa senza dubbio; ma le condizioni in cui si trova il sistema circolatorio cangiano ad ogni istante sotto l' influenza del cuore e dei capillari, per cui le modificazioni del polso devonsi studiare sull'animale durante e dopo più salassi successivi. Così fece l' Autore ed eccone i risultati:

Mentre il sangue esce dalla giugulare e la pressione si abbassa nella carotide, l'ampiezza del polso *diminuisce*; dopo il salasso la pressione si eleva gradatamente, l'ampiezza del polso *aumenta* leggermente, restando al di sotto *dell'ampiezza normale*. Queste modificazioni si accrescono sempre più continuando l'emorragia. Dunque non ostante la diminuzione della pressione arteriosa l'ampiezza del polso diminuì; ma questo coincideva con un acceleramento considerevole del cuore. Talora si ha un aumento relativo dell'ampiezza del polso durante una bassa pressione, ma sempre in coincidenza con un rallentamento del cuore. Quindi conclude che allo stato fisiologico: 1.° L'ampiezza del polso diminuisce se il cuore si accelera, ciò che si ha nei salassi piccoli e medii; 2.° l'ampiezza aumenta se il cuore si rallenta, il che è un'eccezione sempre transitoria nel corso di un'esperienza.

Però ben esaminando i tracciati di Lorain si rileva che dopo il salasso, il polso ampio è più raro che il polso piccolo.

Si può prevedere un caso in cui il salasso produrrà aumento della ampiezza del polso, cioè quando esisterà un grande acceleramento del cuore ad un tempo con forte tensione arteriosa.

4.° *Variazione della forma del polso in conseguenza del salasso.* — Chauveau e Marey trovarono che il dicrotismo è più frequente dopo il salasso; Buisson l'osservò quando diminuisce la forza ventricolare e quindi ad una certa fase del salasso.

L'Autore fa osservare che solo dopo abbondanti evacuazioni sanguigne si nota, nel tracciato, un allargamento piatto alla sommità della pulsazione; e quando la pressione arteriosa è molto abbassata, le pulsazioni prendono una forma che somiglia, fuori che nell'ampiezza, a quella che caratterizza l'insufficienza e le stenosi aortiche.

Ciò dimostra che l'onda sanguigna s'immette è vero d'un tratto nel sistema arterioso, ma poi vi circola lentamente nell'intervallo delle due sistole.

5.° *Variazioni nella velocità del corso del sangue a cagione del salasso.* — Importa questo studio perchè chiarisce le modificazioni che susseguono nell'irrigazione dei tessuti e la significazione delle alterazioni della pressione arteriosa e del polso per effetto del salasso.

L'Autore s'attenne al processo sperimentale di Chauveau, ponendo l'emodromografo in comunicazione con un manometro registratore e con uno sfigmoscopo.

Divide le variazioni della velocità del sangue in tre stadj:

1.° *Stadio.* — Comprende le modificazioni che si hanno durante l'evacuazione del primo terzo circa della massa del sangue, le quali consistono in un *aumento della velocità diastolica* ed in una *diminuzione della sistolica.*

La linea *minima* delle pulsazioni nella velocità è un po' più elevata della linea *zero*. La distanza che separa la linea zero prolungata e la linea minima delle pulsazioni rappresenta la velocità diastolica: l'ampiezza delle pulsazioni la sistolica.

2.° *Stadio.* — Corrisponde all'evacuazione del secondo terzo della massa sanguigna ed è caratterizzato da un rallentamento del cuore. In questo stadio la *velocità diastolica ritorna* a poco a poco *al suo stato primitivo*, invece la *sistolica aumenta*. Ciò indica che i capillari, prima dilatati, riprendono gradatamente il loro diametro iniziale; di più le variazioni della velocità sistolica dimostrano che le ondate spinte dal ventricolo s'immettono facilmente nelle arterie le cui pareti elastiche sono in parte rilassate.

In questo stadio si osservano le grandi oscillazioni della pressione arteriosa suddette. Ne consegue che le grandi perturbazioni succedono per effetto di modificazioni fugaci ed inverse dei capillari, i quali reagiscono sul cuore ciascuno a suo modo.

3.° *Stadio.* — Si estende dalla fine del secondo alla morte del soggetto ed è contraddistinto dalla *diminuzione della velocità diastolica* che a poco a poco diviene nulla, mentre la *velocità sistolica resta considerevole ma breve*, tranne negli ultimi istanti che precedono la morte.

Nel tracciato la linea dello zero si confonde colla minima delle pulsazioni della velocità. In questo tempo il sangue non circola nelle arterie che al momento delle sistole ventricolari. L'irrigazione dei tessuti è divenuta in certo modo intermittente.

Risulta quindi che i salassi piccoli e medii aumentano l'irrigazione dei tessutj e favoriscono i fenomeni di assimilazione e di denutrizione perchè si accompagnano alla dilatazione delle reti capillari. Ma nelle perdite sanguigne, che vanno oltre certi limiti (1|3 della massa sanguigna), l'irrigazione dei tessuti diminuisce insensibilmente e la circolazione si altera profondamente perchè i capillari si rinserrano e si rilasciano in modo disordinato e modificano l'azione del cuore ad ogni istante.

Dubar L. e Remy C. — **Sull'assorbimento per la via del peritoneo.** — *Nozioni anatomiche e fisiologiche tratte da ricerche sulle vie percorse dalle sostanze assorbite nell'animale vivo.* (*Journal de l'Anatomie et de la Physiologie normales et pathologiques.* Paris 1882, I, 60).

Il lavoro è diviso in tre parti:

1.° Assorbimento dei liquidi albuminosi nel peritoneo.

2.° Ricerche delle vie per le quali si effettua l'assorbimento dei varj liquidi depositati nel peritoneo.

3.° Risultati anatomici e fisiologici forniti dall'esame dei diversi organi percorsi dalle sostanze assorbite nella sierosa peritoneale.

I liquidi da injettarsi si devono scaldare a 39°-40°.

Mentre il sangue esce dalla giugulare e la pressione si abbassa nella carotide, l'ampiezza del polso *diminuisce*; dopo il salasso la pressione si eleva gradatamente, l'ampiezza del polso *aumenta* leggermente, restando al di sotto *dell'ampiezza normale.* Queste modificazioni si accrescono sempre più continuando l'emorragia. Dunque non ostante la diminuzione della pressione arteriosa l'ampiezza del polso diminuì; ma questo coincideva con un acceleramento considerevole del cuore. Talora si ha un aumento relativo dell'ampiezza del polso durante una bassa pressione, ma sempre in coincidenza con un rallentamento del cuore. Quindi conclude che allo stato fisiologico: 1.° L'ampiezza del polso diminuisce se il cuore si accelera, ciò che si ha nei salassi piccoli e medii; 2.° l'ampiezza aumenta se il cuore si rallenta, il che è un'eccezione sempre transitoria nel corso di un'esperienza.

Però ben esaminando i tracciati di Lorain si rileva che dopo il salasso, il polso ampio è più raro che il polso piccolo.

Si può prevedere un caso in cui il salasso produrrà aumento della ampiezza del polso, cioè quando esisterà un grande acceleramento del cuore ad un tempo con forte tensione arteriosa.

4.° *Variazione della forma del polso in conseguenza del salasso.* — Chauveau e Marey trovarono che il dicrotismo è più frequente dopo il salasso; Buisson l'osservò quando diminuisce la forza ventricolare e quindi ad una certa fase del salasso.

L'Autore fa osservare che solo dopo abbondanti evacuazioni sanguigne si nota, nel tracciato, un allargamento piatto alla sommità della pulsazione; e quando la pressione arteriosa è molto abbassata, le pulsazioni prendono una forma che somiglia, fuori che nell'ampiezza, a quella che caratterizza l'insufficienza e le stenosi aortiche.

Ciò dimostra che l'onda sanguigna s'immette è vero d'un tratto nel sistema arterioso, ma poi vi circola lentamente nell'intervallo delle due sistole.

5.° *Variazioni nella velocità del corso del sangue a cagione del salasso.* — Importa questo studio perchè chiarisce le modificazioni che susseguono nell'irrigazione dei tessuti e la significazione delle alterazioni della pressione arteriosa e del polso per effetto del salasso.

L'Autore s'attenne al processo sperimentale di Chauveau, ponendo l'emodromografo in comunicazione con un manometro registratore e con uno sfigmoscopo.

Divide le variazioni della velocità del sangue in tre stadj:

1.° *Stadio.* — Comprende le modificazioni che si hanno durante l'evacuazione del primo terzo circa della massa del sangue, le quali consistono in un *aumento della velocità diastolica* ed in una *diminuzione della sistolica.*

La linea *minima* delle pulsazioni nella velocità è un po' più elevata della linea *zero.* La distanza che separa la linea zero prolungata e la linea minima delle pulsazioni rappresenta la velocità diastolica: l'ampiezza delle pulsazioni la sistolica.

trovò ancora come il sangue fluisca più difficilmente dall'arteria e dalla vena crurali nei conigli injettati che non in quelli non injettati.

Le differenze dunque furono minime. L'albumina pertanto in soluzione è presto assorbita nel peritoneo, passa certamente pei linfatici del diaframma e pel canale toracico, arriva nella circolazione generale e si elimina per le orine. Che le injezioni albuminose, quando siano recenti e della temperatura di 39°-40°, riescano innocue, lo prova l'esame anatomico della sierosa dopo le injezioni stesse, non trovandosi ad occhio nudo alcuna specie di lesione. Col microscopio poi si trova che l'epitelio della sierosa è perfettamente imbevuto, ma vi è integrità del peritoneo e dei vasi e nessuna congestione e nessun deposito fibrinoso inflammatorio.

## II. Parte.

### *Ricerca delle vie per le quali si effettua l'assorbimento nel peritoneo.*

Per risolvere questa quistione non basta l'albumina, ma bisogna aggiungervi delle sostanze coloranti in polvere o solubili.

A. *Injezioni colorate da materie insolubili:* carminio, azzurro di Prussia in grani, licopodio.

La penetrazione dei grani di carminio e di azzurro di Prussia nei linfatici risultò chiaramente dalle esperienze dei nostri Autori qualunque fosse il veicolo, acqua semplice, acqua albuminosa, pus; però meglio con questi due ultimi e la penetrazione fu oltremodo rapida. Nella pagina inferiore del diaframma e nel centro frenico questo assorbimento è più attivo.

La ricerca dei grani azzurri o rossi nei vasi sanguigni del mesenterio e nel sangue della vena porta mostra che vi può succedere da questo lato una certa penetrazione di grani nel loro interno, contenendo dei grani isolati.

Osservando col microscopio un'ansa d'intestino tenue nell'animale vivo, un'ora dopo l'injezione nel peritoneo trovossi: 1.° che la linfa si muove nei linfatici del mesenterio a scosse, non coincidenti colle pulsazioni arteriose; 2.° che i linfatici hanno numerose valvole a due valve allungate, e contengono molti leucociti colorati in roseo od in azzurro ma nessun pulviscolo.

La circolazione sanguigna era troppo rapida perchè si potesse affermare che vi si trovavano grani di carminio o di azzurro di Prussia.

La polvere di licopodio non penetra nei linfatici, nè nei vasi sanguigni perchè ha i grani troppo voluminosi.

L'acqua semplice pare favorisca il passaggio dei grani nelle vene, e mercè di queste injezioni si ottennero belle embolie di carminio nel fegato; mentre nelle injezioni di albumina e di pus erano pieni di embolie i polmoni.

B. *Injezioni di sostanze colorate solubili.* — Le sostanze coloranti

solubili, massime l'azzurro di Prussia incorporato o non ad albumina o pus, il violetto di metilanilina, l'amido solubile colorato dalla tintura di jodio, dimostrano l'assorbimento di queste diverse sostanze per le vie linfatiche del mesenterio, del diaframma e del canale toracico. Talora si osservavano anche dei coaguli colorati, però di solito pallidi, nelle vene del mesenterio, nella grande vena meseraica e nella vena porta. Ma queste esperienze lasciarono ancora in dubbio sull'assorbimento delle vene.

A questo scopo furono istituite altre esperienze, cioè nell'intestino tenue venne injettata una soluzione di ferro cianuro di potassio e subito dopo nel peritoneo una soluzione di percloruro o di solfato di ferro per vedere ove avvenisse il contatto di questi due liquidi formandosi l'azzurro di Prussia.

All'autossia si trovò che il percloruro di ferro nel peritoneo subiva una modificazione particolare cioè non dava più l'azzurro col ferro cianuro di potassio.

I linfatici erano pieni di un liquido giallastro, ma non contenevano grani azzurri. In due casi i linfatici del peritoneo, quelli del diaframma ed il canal toracico erano turgidi d'un liquido giallastro, mentre le vene del mesenterio, la grande meseraica e la vena porta erano piene di masse azzurre.

Risulta dunque da queste esperienze che il solfato di ferro è assorbito dai linfatici e dalle vene, e che il sistema venoso intraperitoneale ne assorbe una quantità considerevole.

Se il veicolo del ferro-cianuro di potassio è l'olio o il giallo d'uovo l'assorbimento si effettua pei linfatici e per le vene e i due sistemi di canali sono colorati.

Altre esperienze dimostrarono che i grassi passano bensì in una certa proporzione per i linfatici, ma che nella vena porta si trovano in quantità considerevole.

Dunque il sistema venoso sembra avere un'importanza eguale se non superiore al sistema linfatico nell'assorbire i grassi.

## III. Parte.

### *Risultati anatomici e fisiologici forniti dall'esame dei diversi organi percorsi dalle sostanze assorbite nel peritoneo.*

Procedendo alla ricerca di queste sostanze in tutti gli organi dell'economia, gli Autori poterono farsi una idea precisa della struttura e della fisiologia di certi organi e convincersi del posto importante che tiene il globulo bianco nei fenomeni della nutrizione. Il risultato delle injezioni colorate, massime quelle di carminio era differente secondo che l'animale moriva qualche ora dopo l'injezione o viveva ancora per 18-36 ore: nel 1.° caso le sostanze colorate erano vicine al luogo di

assorbimento, nel 2.° erano sparse per tutto l'organismo, e accumulate massime negli organi di escrezione, reni e cute.

A. *Esame delle vie linfatiche.*

a) *Linfatici del peritoneo.* — Esaminarono quelli appartenenti al mesenterio, all'intestino crasso ed all'ilo del fegato e notarono solo le particolarità che avevano rapporto colle injezioni fatte. I migliori risultati per colorire i linfatici li diede un miscuglio di pus cremoso e di violetto di metilanilina; sembra che il pus aderisca alle pareti dei vasi e le mantenga distese.

Injettando nell'intestino una soluzione di ferro-cianuro di potassio $\left(\frac{0,75}{30}\right)$ e tosto nel peritoneo del percloruro di ferro, lavandolo poi varie volte delle preparazioni di mesenterio con una soluzione di percloruro di ferro, ottennero una colorazione isolata al punto d'inserzione delle valvole sulla parete dei vasi. Tutte le volte che si fanno injezioni di soluzioni albuminose colorate, o no, si possono ottenere belle preparazioni col nitrato d'argento (soluzione al $^1/_{200}$) e studiare il loro epitelio in forma di foglie di quercia un po' allungata nella direzione del vaso disteso: e in una preparazione osservarono un pezzo di questi vasi presentare un epitelio allungato come quello delle vene, mentre alle due estremità aveva un epitelio a festoni.

b) *Linfatici del diaframma.* — Esso è ricco di linfatici che sono importantissimi per l'assorbimento nel cavo addominale. I risultati delle osservazioni sul diaframma furono favorevoli alla teoria dell'origine dei linfatici per reti chiuse. Nelle stesse esperienze i linfatici del diaframma furono sempre rigonfii per la materia injettata nella sierosa, sia stata essa liquida od in grani, ecc.

Il diaframma del coniglio presenta una parte muscolare periferica a fibre radiate ed un centro aponevrotico o frenico distinto in tre fogliole, formato da fibre tendinee radiate che s'incrociano sulla linea mediana e da fibre arcuate più o meno perpendicolari alle prime. Le fibre tendinee radiate sono più abbondanti e voluminose nella faccia peritoneale, ove formano sporgenze e depressioni; le arcuate invece nella pleurica. Il peritoneo riveste le anfrattuosità della faccia addominale, la pleura fa lo stesso per la toracica, fuorchè nell'inserzione del pericardio. La disposizione delle fibre muscolari e l'incrociamento ad angolo retto delle fibre tendinee importano per la distribuzione dei vasi sanguigni e linfatici. Le arteriole e i capillari presentano nella sostanza muscolare una disposizione radiata; nel centro frenico formano deviazioni ad angolo retto per adattarsi alle depressioni delle fibre tendinee. È degna di nota la regolarità della loro distribuzione e la piccolezza dei capillari.

Le reti linfatiche del diaframma sono tre: la 1.ª superficiale sottoperitoneale è poco ricca e formata da maglie irregolari; la 2.ª inter-

tendinosa è formata da maglie regolari che s'incrociano ad angolo retto; la 3.ª superficiale sotto-pleurica è formata da maglie irregolari, ben distinta dalla media e manca dove s'attacca il pericardio. Le tre reti comunicano insieme e mettono foce in tronchi posti nella faccia pleurica. I tronchi efferenti prendono due direzioni: 1.ª in avanti verso le parti laterali dello sterno per gettarsi in uno o due ganglii vicini alle vene succlavie; 2.ª all'indietro verso la colonna vertebrale per isboccare nel canale toracico senza passare per ganglii. I capillari linfatici delle reti superficiali sono molto irregolari nel calibro e di un diametro grandissimo in confronto ai capillari sanguigni, i quali hanno anche contorni regolari.

Nei linfatici un po'voluminosi vi sono numerose valvole, meno però che nelle vene. Quelli della rete media più regolari di forma e di contorni. Gli Autori non poterono osservare in questi vasi nessuna apertura. Per ispiegare l'assorbimento pel diaframma bisogna invocare la posizione superficiale dei linfatici e di più i movimenti di questo muscolo, che sottomettono questi linfatici a compressioni e dilatazioni successive. Per la parte meccanica di questo fenomeno d'assorbimento, Ludwig insiste sulla specie di aspirazione prodotta dai movimenti del diaframma nei linfatici. Morto l'animale il diaframma può ancora assorbire se gli s'imprimono movimenti analoghi ai fisiologici. La tensione delle pareti addominali è pure una condizione che favorisce lo assorbimento.

C) *Canale toracico.* — Se la morte avvenne poco dopo l'injezione, si trova questo canale gonfio, di volume quasi eguale all'aorta. Nel coniglio di contro all'arco dell'aorta riceve un tronco importante, che viene dai ganglii posti nella faccia interna della prima costa alla sinistra. Se l'animale è morto 12-24 ore dopo l'injezione, il canale è quasi vuoto e appena visibile.

d) *Ganglii linfatici.* — Lo studio anatomico dei dottori Dubar e Remy riguarda in ispecie la distribuzione reciproca dei vasi linfatici e sanguigni nella sostanza del ganglio. La difficoltà di questo studio sta nel fare debitamente le injezioni; ora l'animale si injettava da sè ed essi non avevano che a ricercare la materia colorante che gli davano da assorbire. In questo caso le vie linfatiche dei ganglii erano colorate dall'azzurro di Prussia perchè sì l'epitelio della parete, come i globuli bianchi contenuti nei vasi avevano assorbito l'azzurro ed erano coloriti ad eccezione del loro nucleo. Injettando una soluzione di ferrocianuro di potassio nell'intestino del coniglio e una di solfato di ferro nel cavo peritoneale, erano esse portate nei ganglii (la prima dai vasi sanguigni, la seconda dai linfatici), ove per osmosi si formava un precipitato di azzurro di Prussia nei vasi sanguigni.

Anatomizzando i ganglj distinsero due sostanze: una periferica contenente i follicoli, l'altra centrale spugnosa e rammollita. I vasi sanguigni formano l'armatura, i linfatici riempiono gli spazii lasciati vuoti.

La piccola arteria dopo che ha perforato la capsula del ganglio entra in rapporto coi linfatici e col tessuto gangliare ed emette varie ramificazioni che anastomizzandosi tra loro danno una rete inestricabile. Gli spazii anfrattuosi ed irregolari lasciati da questa rete sono le vie linfatiche. Il tessuto gangliare si interpone fra le cellule epiteliali dei linfatici e le pareti arteriose separando così le une dalle altre.

Nella parte follicolare del ganglio la sostanza gangliare forma una massa nella quale percorrono i capillari sanguigni, i quali formano delle anse che arrivano fino alla periferia dell'ammasso di tessuto gangliare e vi si mette in rapporto coi linfatici che prendono il nome di *seni*. Il seno è limitato da una parte dalla superficie convessa dei follicoli, e dall'altra dalla faccia interna convessa della capsula, la quale si modella sui follicoli.

La cavità così formata contorna come una callotta il follicolo e comunica verso il centro del ganglio colle cavità linfatiche già descritte e coi seni vicini. Il seno è attraversato da moltissimi filamenti che si portano dalla periferia della massa gangliare al tessuto fibroso della capsula ed hanno dei nuclei nell'interno e delle cellule rotonde o piatte all'esterno.

Dunque qui il rapporto tra i vasi sanguigni ed i linfatici non è più sì intimo come nella parte centrale del ganglio e i linfatici hanno una configurazione speciale. Il vaso afferente si getta nei seni, l'efferente comunica con le cavità centrali.

D'ordinario le due specie di cavità sono piene di leucociti, di vario volume, con uno o più nuclei, in questi casi colorati per cui non si confondevano col tessuto gangliare.

Il ganglio durante l'assorbimento si rigonfia e i liquidi colorati penetrano prontamente nelle due parti gangliari corticale e centrale. Sembra che le particelle solide trovino più resistenza ad attraversare il ganglio e si accumulino nei seni, mentre i globuli bianchi dell'animale passano nei canali centrali.

Gli Autori non osservarono mai una migrazione di globuli bianchi dai linfatici nel tessuto gangliare. Mercè le injezioni videro ancora come vi possa essere uno scambio tra i due sistemi di vasi, diffatti nel ganglio il sangue si carica di prodotti che vengono dalle cavità linfatiche. Così injettando del ferrocianuro di potassio nell'intestino e del solfato di ferro nel peritoneo trovarono i vasi sanguigni del ganglio toracico pieni di materia di color turchino. Si può pensare che il cianuro di potassio era nei vasi sanguigni e il solfato di ferro fu portato dai linfatici, i quali erano assolutamente privi di colore.

Osservarono un altro fatto, cioè che l'epitelio che tappezza i seni linfatici lascia passare i grassi nell'interno dei follicoli, e lo provarono coll'acido osmico.

Il passaggio delle soluzioni saline e dei grassi attraverso alla sostanza gangliare è certo. La corrente esosmotica si fa dalle vie linfa-

tiche alle sanguigne; di una corrente in senso contrario non ebbero alcuna prova.

B. *Vie sanguigne vicine al peritoneo.*

*Fegato.* — In un coniglio, nel cui peritoneo injettarono un miscuglio di carminio e di albumina, tutto il fegato era sparso di grani di carminio i quali stavano nei vasi sanguigni formando embolie. Qui dunque il carminio proveniva dalla vena porta o dalle arterie epatiche; diffatti trovarono i grani di carminio nel sangue della porta, d'altronde era poco probabile che provenisse dalle arterie epatiche perchè le embolie erano molto più frequenti nel fegato che nei polmoni cui avrebbe dovuto attraversare. Lo stesso succedeva per i grassi, i quali davano embolie nei capillari epatici.

Talora le materie coloranti si possono trovare anche nel sangue delle vene sovra-epatiche e della cava inferiore sopra il fegato.

*Milza.* — Le embolie della milza erano scarse e piccole. Sovente questi grani colorati, come pure i grassi, erano portati nella milza dai leucociti. È pure un fatto che le materie coloranti injettate nel peritoneo non penetrano nell'apparecchio linfatico della milza.

In fine è da notarsi come per l'obliterazione dei capillari del fegato si produce una stasi di sangue nella milza che distende tutti i vasi della polpa, i quali si vedono allora coperti d'un bell'epitelio e quasi accollati gli uni agli altri mercè d'un sottile strato di cellule rotonde. I vasi della polpa contornano i glomeruli senza penetrarvi dentro.

C. *Esame del cervello e dei polmoni.*

*Cervello.* — Fu poco esaminato e non vi si trovarono che piccolissimi grani isolati di materia colorante in qualche capillare sanguigno.

*Polmoni.* — Spesso vi si vedevano delle embolie che erano più grosse di quelle del fegato e si trovavano nei grossi vasi; però vi erano anche embolie capillari. Il volume delle embolie spiegava la loro doppia origine: le più fine derivavano da grani che avevano potuto attraversare il fegato, le più grosse erano formate da numerosi grani versati dal canal toracico direttamente nella vena succlavia.

D. *Esame del rene e della pelle.*

*Rene.* — Il rene è un luogo d'elezione per l'eliminazione delle sostanze coloranti. Dopo 2-3 ore dalle injezioni di albumina, o di pus e di carminio si può accertare con tagli la presenza di numerose embolie nei vasi sanguigni delle piramidi ed altre rare in quelli della sostanza corticale. Tuttavia in confronto a quelle del fegato sarebbero nella proporzione di 1 a 20. Se la soluzione di carminio è acquosa le

embolie si trovano più frequenti nella regione dei tuboli tortuosi ed anche nei glomeruli.

Dopo 15-24 ore dall'injezione si trovano anche coaguli colorati nei tuboli retti e in qualche ansa ascendente dell'Henle. Le injezioni di grasso nel peritoneo o nell'intestino danno nei vasi sanguigni delle piramidi goccioline grosse ai lati delle quali ve ne sono molte altre fine. Sopra preparazioni trattate con acido acetico ed osmico si vide l'epitelio dei tuboli delle piramidi, delle anse di Henle e dei tuboli tortuosi di colore fosco e nell'interno dei tuboli si trovarono granulazioni nere e gocciolette fine di grasso.

Dopo 4-5 ore dall'injezione l'orina si fa rosea, poi rossa, ma non contiene che rarmente grani isolati di carminio. I glomeruli pare non contribuiscano a questa eliminazione; invece i tuboli retti, le anse ascendenti di Henle e qualche tubolo contorto lasciano filtrare orina rosea ed albuminosa. I grassi si trovano nelle orine sotto forma di gocciolette fine.

*Pelle.* — Sopra dei tagli si vede in tutta quanta è grossa la pelle lieve color roseo ed il condotto escretore delle ghiandole sebacee colorato in rosso.

In tutte le esperienze si videro i leucociti carichi di tutte le varie specie di materie coloranti solide o liquide per cui le spandevano in ogni parte dell'economia dando embolie, le quali erano troppo numerose per essere compatibili colla vita.

### Conclusioni.

L'albumina in soluzione è assorbita dal peritoneo, non s' accumula nel siero del sangue e quando è fresca è innocua alla sierosa stessa il cui epitelio si conserva.

Vi sono due vie d' assorbimento: la *linfatica*, massime le reti del diaframma, e la *sanguigna* (vena-porta).

Si possono colorare i linfatici od anche isolatamente le loro valvole, ma non vi si scorgono aperture; i grani coloranti sembrano invadere i linfatici per penetrazione.

L'epitelio dei seni linfatici dei ganglii assorbe le materie coloranti. La sostanza gangliare si carica di grande quantità di grassi.

Vi ha una corrente dai linfatici ai vasi sanguigni attraverso la sostanza gangliare; non fu possibile osservarla in direzione inversa.

Le embolie del fegato risultano dal passaggio diretto delle sostanze injettate dal peritoneo nella vena porta. Cervello, polmoni e milza non hanno che scarse embolie.

Il rene lascia filtrare i grassi ed il carminio, e questa filtrazione succede soprattutto nella regione delle piramidi e dei tubi di Henle.

Le glandole sebacee e la pelle sembrano emuntorii specialmente pel carminio.

I leucociti hanno parte grandissima nal trasporto delle sostanze injettate e nel formare le embolie.

Pennel Paul. — **De l'alimentation artificielle chez les phthisique.** (*Della nutritura artificiale de'tisici*). In: *Bulletin général de Thérapeutique*, 1882 CII, 185.

Il Debove nell'ottobre dell'anno scorso informava la Società medica degli ospitali di Parigi de' buoni effetti da lui ottenuti in malati tisici e cachettici introducendo loro nello stomaco, per la via della bocca e dell'esofago, mediante una siringa o cannula una specie d' intriso composto d'uova, da 4 a 10, di carne cruda minutamente tagliuzzata (200 grammi) e di latte (2 litri circa); invitava i colleghi a ripetere l'esperimento ne'tisici presi da aposizia (1).

Il Dujardin Beaumetz seguiva il consiglio in malati di tubercolosi in diverso grado, ma tutti quasi affatto senza appetito; parecchi anzi nel tossire rigettavano il poco cibo preso dianzi. Al tubo rigido del Debove, il Beaumetz preferiva il flessibile di Faucher, un tubo cioè di gomma elastica lungo un metro e mezzo col diametro d' un centimetro. Il quale veniva facilmente, nessun ammalato opponendosi, condotto fin entro lo stomaco; nel passare pel vestibolo della laringe sorgevano è vero nausee e conati di vomito, ma a ciò rimediavasi raccomandando ai malati di fare in quel momento atto come per inghiottire. La siringa scivolava bene lungo la faringe e l' esofago non' già ungendola, ma semplicemente bagnandola di latte tiepido. Un rialto in forma d'anello distante 50 centimetri dall'estremità del tubo, indicava quand'esso era penetrato nello stomaco. Il quale, prima di ricevere il cibo, veniva lavato con un litro d' acqua artificiale di Vichy. La nutritura facevasi ogni mattina alle 10; si provò di ripeterla la sera, ma si dovette smettere per desiderio de'malati che non ne erano contenti. Il miscuglio nutritivo di solito era composto di 150 a 200 grammi di carne cruda, di 4 ed anche 6 uova, con circa 3|4 di litro di latte: ma prima del cibo davasi un po'd'olio di merluzzo, 3 o 4 cucchiajate, con altrettanto peptone di Catillon. Talun infermo non tollerava quest'olio, siccome altri non tollerava la lavatura; e però costoro ricevevano il cibo senz'altra preparazione. I malati, pesati prima, venivano successivamente ripesati, proseguendone l'osservazione per due mesi.

Il dott. Pennel dà ora conto di questi casi così distinti.

*Tisici nel 3.° stadio che mantenevano l' appetito — altri che invece l'avevano perduto — nel 1.° e 2.° stadio egualmente senza appetito.*

I due ammalati del primo gruppo non ritrassero verun vantaggio nello stato generale, nè riguardo alla tosse, ai sudori, alla diarrea; e

(1) Debove. « Du traitement de la phthisie pulmonaire par l'alimentation forcée. » — (« Union médicale », 1882, XXXII, 841, 855).

però dopo alcuni giorni la cura fu smessa e gli infelici in breve soccombettero.

Sembra dunque che questo *metodo terapeutico* sia *per lo meno inefficace quando i tisici conservano l'appetito*; laddove che negli altri che l'avevano perduto gli effetti ottenuti darebbero molto a sperare', dappoichè *certamente fu ad essi prolungata la vita, aumentando la forza per resistere al morbo che li insidiava.*

Dalle sette osservazioni pertinenti a'due ultimi gruppi, il dott. Pennel deduce che il metodo della nutritura artificiale, nei tisici, ha per effetto non solo di procurare ai più un aumento di peso e per ciò maggiore forze, e più rigogliosa nutrizione, ma ancora di prolungare per molti mesi la vita assai minacciata in alcuni. E ciò ben vale la pena di porvi mente. La tubercolosi è malattia sfortunatamente sì comune che i medici potranno trovare, per così dire ad ogni passo, l'occasione di esperimentare questo metodo, che è facile ad eseguirsi ed avrà almeno per effetto immediato di prolungare la vita più o meno secondo il grado di cachessia del soggetto. A tal fine il dott. Pennel pesava alcuni tubercolosi, che non venivano alimentati ad arte perchè l' appetito mantenevasi tuttora e lo stomaco digeriva discretamente. Avendo tenuto dietro per un mese a quattro di questi malati (due uomini e due donne), li trovava notabilmente diminuiti di peso, circa 3 libbre in quindici giorni.

Del resto la tubercolosi non è la sola malattia a cui la nutrizione artificiale possa essere applicata. In tutte le cachessie, di qualsiasi natura, se lo stomaco sia preso da atonia, converrà questo espediente. L'anemia, l'albuminuria e molte altre malattie sono pure corrette coll' alimentazione artificiale.

L'Autore narra in proposito d'aver veduto col Dujardin-Beautmetz, una signora ridotta in gravissima anemia a cagione delle continue emorragie mantenute da polipo-uterino: non poteva essa alzarsi dalla sedia senza svenire; assoluta inappetenza, lo stomaco non sentiva verun bisogno di cibo.

Il Dujardin Beautmetz chiamato in consulto dal dott. Labbé, chirurgo curante, consigliò la nutrizione artificiale mediante il *tubo Faucher*. La malata v'acconsentì; e, come negli altri casi curati nell' ospitale, il tubo fu subito intromesso nello stomaco senza difficoltà, tranne qualche spasmo impossibile ad evitarsi.

La miscela così introdotta conteneva 200 grammi di carne cruda, quattro uova e mezzo litro di latte. Nessun vomito; la malata digeriva benissimo la non piccola quantità di cibo; dopo tre giorni di cura, mangiava alla sera due piatti di minestra; e dopo altri otto sentivasi già in grado di girare per casa senza appoggio. L' appetito era ritornato, le forze aumentavano sensisibilmente. Il polipo le venne quindi reciso ed oggi è perfettamente guarita.

Pertanto dalle osservazioni raccolte nell' Ospedale su malati presi

a caso, pare all'Autore di poter trarre le seguenti conclusioni. La nutritura artificiale sarà indicata ogni volta che un tisico, in qualunque stadio della malattia abbia perduto l'appetito e che per conseguenza lo stato generale abbia patito di molto. Controindicata invece quando lo stomaco non sia preso da atonia ed il malato continui ad appetire alquanto.

L'intolleranza gastrica, i vomiti di cibo o di mucosità che seguono alle scosse della tosse scomparvero affatto in tutti i casi osservati. Vero è che non tutti ottennero altrettanto, ma l'Autore soggiunge che se non sempre, spesso mercè alla nutritura artificiale si ha l'inaspettato beneficio di impedire che il cibo venga rigettato; e l'avere trattenuto il cibo è già non poco, e bisogna contentarsi.

Inoltre nella massima parte dei casi, diminuiscono pure i sudori notturni e la diarrea che sfiniscono i malati, non modifica le lesioni polmonari, migliora la nutrizione con che quando il male non sia troppo innanzi è impedita l'evoluzione funesta delle granulazioni neoplastiche. Infine coll'alimentazione artificiale si ha un aumento di peso dimostrato dalle pesature successive e che è manifesto indizio del miglioramento avvenuto nello stato generale.

Si tralascierà l'alimentazione stessa quando l'appetito sarà ritornato e lo stomaco in conseguenza avrà ripreso il suo stato fisiologico.

SÉE G. — **Des médicaments et poisons cardiaques en général**. (*Dei medicamenti e veleni cardiaci in generale*). In: *Gazette médicale de Paris*, 1882, N. 48, p. 597.

Come i medicamenti in generale hanno un'azione predominante su d'uno od altro grande sistema dell'organismo animale, così pure i medicamenti cardiaci hanno un'azione elettiva sopra questa o quella porzione, sopra tale o tal altro punto dell'apparecchio d'innervazione che presiede ai movimenti del cuore. Quest'apparecchio d'innervazione, rappresenta un meccanismo molto complesso che si scinde in due sistemi in certo modo sovrapposti, uno che *accelera* l'altro che *frena*: e questo che frena eccitato che sia, non bisogna punto dimenticarlo, rallenta e ferma i moti del cuore. I diversi organi che compongono questo apparecchio si estendono dal cuore fino a diversi punti dei centri nervosi.

Entro lo stesso muscolo cardiaco troviamo centri autoctoni in comunicazione coi rami nervosi, che vengono dal plesso cardiaco formato dalle terminazioni dei nervi vago e grande simpatico. Per l'intermedio di questi due sistemi di nervi, il cuore si unisce al midollo ed al bulbo; e poichè d'altronde non cade dubbio che i centri psico-motori hanno non poca influenza sulle funzioni del cuore, bisogna di necessità ammettere delle connessioni tra i centri cardiaci e vaso-motori del bulbo e del midollo e certi centri equivalenti situati nella corteccia grigia. Se lasciamo da parte questi ultimi centri sulla cui sede precisa la fi-

siologia non ci dà nessun indizio, vediamo che i diversi componenti l'apparecchio d'innervazione del cuore si dispongono nell'ordine seguente:

*Centri bulbari*;

*Centri spinali*;

*Grande simpatico*;

*Tronco del nervo vago che comprende filamenti che accelerano, altri che trattengono i moti cardiaci.*

*Rami terminali, intracardiaci dello stesso nervo, centri autoctoni* (*centri di arresto e centri d'acceleramento*).

Come si riuscì a conoscere in modo sicuro l'azione elettiva che alcune sostanze medicinali o tossiche dirigono su tale o tal altro segmento di questo apparecchio d'innervazione? Il metodo è semplice in sè stesso, ed in sulle prime fa meraviglia, che non abbia ancora fornito che dei dati incompleti.

La fisiologia sperimentale aveva con una analisi metodica, determinato il preciso ufficio di ciascuna delle anzidette parti. Essa giunsevi deducendo cotale ufficio da ciò che seguiva sopprimendo la funzione di questa o quella porzione dell'apparecchio d'innervazione.

L'analisi dei disordini circolatorj, prodotti dalla sezione del bulbo nel suo limite inferiore, doveva naturalmente darci sentore dell'azione dei centri cardiaci e vascolari situati in quella parte dei centri nervosi; così pure rispetto alla sezione del midollo a diverse altezze, alla sezione del grande simpatico e del pneumogastrico in parecchi punti. Combinato con l'osservazione e con l'analisi dei fenomeni prodotti nel cuore e nella circolazione dai medicamenti e veleni cardiaco-vascolari, questo metodo doveva condurre allo scopo desiderato: conoscere l'azione elettiva di un medicamento o veleno sopra tale o tal' altra porzione dell'apparecchio d'innervazione del cuore.

Prendiamo come esempio la muscarina. Dato ad un animale, questo veleno arresta il cuore nella sistole. Circa il *come* ciò succeda si potrebbero fare delle ipotesi: invocare, per esempio, una paralisi del sistema acceleratore rappresentato dai filamenti del grande simpatico, ma la sezione di questo nervo non cangia punto i risultati dell'esperienza; invocare invece un'eccitazione dei filamenti arrestatori contenuti nel tronco del pneumogastrico, ma la sezione di questo nervo non impedisce punto che il cuore si fermi per azione della muscarina. Il solo fatto che il cuore si ferma nella sistole esclude l'ipotesi d'una paralisi diretta del muscolo cardiaco per opera della muscarina. D'altronde l'eccitazione meccanica di questo cuore rimasto in sistole ne ridesta le contrazioni. Rimangono i rami terminali dei nervi del cuore e i ganglii intracardiaci; un farmacologo di molto merito, lo Schmiedeberg, dimostrò con grande rigore che la muscarina arresta il cuore in sistole eccitando i centri moderatori intracardiaci.

Ecco il metodo nella *sua semplicità*. Se non ci ha dato tutti i frutti

che se ne attendevano, ciò dipende da due principali ragioni: la prima, che per non breve tempo ancora s'opporrà ai progressi di questo studio, riguarda la composizione assai complessa degli alcaloidi che rappresentano secondo noi i principii attivi dei nostri medicamenti più usati, di quelli almeno che si traggono dal regno vegetale. Si pensi un poco alle scoperte fatte su questa via in questi ultimi anni, e si comprenderà l'importanza di simile difficoltà. Dell'aconito si isolò prima un'aconitina che si credette un corpo ben definito, un'*individualità* tanto dal punto di vista della composizione chimica quanto da quello degli effetti farmacodinamici: invece oggi a mala pena ci troviamo d'accordo sul numero delle aconitine, che relativamente alla potenza venefica differiscono tra loro notabilmente. Lo stesso è per la digitalina e i chimici che si occupano di questa quistione si domandano se da ciascuno di questi alcaloidi, che noi ci figuriamo come principj ben definiti, non se ne caveranno un giorno altrettanti principj attivi distinti, quanti alcaloidi diversi si sono tratti dal principio attivo dell'oppio? Così è che pure recentemente si isolarono dalla pilocarpina scoperta dall'Hardy, due alcaloidi distinti, la *pilocarpina vera* e la *jaborina*, le quali hanno proprietà farmacodinamiche assolutamente differenti. Mentre la pilocarpina greggia, fornitaci dal commercio, era paragonata, dal punto di vista dell'azione farmacodinamica, alla muscarina, la pilocarpina separata dalla jaborina manifesta un'azione del tutto analoga colla nicotina; per l'opposto la jaborina esercita sul cuore un'azione somigliantissima a quella dell'atropina. Ebbene confidando nei dati primitivi della terapeutica sperimentale, non si temette di amministrare la pilocarpina ad alta dose come contravveleno dell'atropina!

La seconda ragione per cui questo stadio dell'azione elettiva dei medicamenti cardiaci sulle diverse porzioni del sistema d'innervazione del cuore, progredisce lentamente, è che la circoscrizione degli effetti di uno stesso agente varia secondo le dosi e la durata dell'esperienza. Taluni effetti furono riconosciuti da alcuni esperimentatori perchè esigono per prodursi dosi infinitesimali, o perchè non durano che per alcuni secondi. In fine questi effetti primitivi e specifici di un agente medicinale sopra una data porzione dell'apparecchio d'innervazione del cuore possono essere mascherati od alterati dagli effetti energici del medesimo agente sopra altri sistemi. Per tal modo una sostanza che eccita i filamenti moderatori del pneumogastricò induce un rallentamento del cuore. Ma questo effetto può essere compensato da una paralisi del sistema vaso-motore, che provoca un abbassamento della pressione intravascolare e consecutivamente un rallentamento del cuore. La tavola seguente riassume i principali dati acquistati fin ad oggi sull'azione elettiva dei medicamenti e dei veleni cardiaco-vascolari.

| | Eccitazione | Paralisi |
|---|---|---|
| Muscolo cardiaco | Digitalina<br>Iodalio (a piccole dosi)<br>Canfora<br><br>Caffeina | Id. 2.° periodo d'azione<br>Emetina<br><br>Sali di rame, di barite, di potassa<br>Cloralio ad alte dosi scillaina |
| Centri muscolo-motori | | Saponina nell' ultimo tempo di sua azione |
| Intra-cardiaci | | Iodalio ad alte dosi |
| Centri d'arresto intra-cardiaci | Muscarina | Atropina<br>Fabarina<br>Sparteina ad alte dosi |
| Ramificazioni intra-cardiache dei filamenti arrestatori del nervo vago | Nicotina } 1.ª fase<br>Pilocarp. } di azione<br>Fava del Calabar | Pilocarpina (2.ª fase di azione) |
| Tronco del nervo vago | Aconitina<br>Nepalina | Sparteina<br>Nepalina (2.ª fase) |
| Filamenti acceleratori del grande simpatico | Apomorfina | Sparteina |
| Centri arrestatori bulbarii | Digitalina | Cloralio |
| Centro vaso-motore | Bromuro di potassio | Croton-cloralio<br>Acido cianidrico. |

SÉE GERMAIN. — **Sur un nouveau médicament cardiaque. Recherches expérimentales sur le muguet,** *Convallaria maialis.* (*Di un nuovo medicamento cardiaco: Ricerche sperimentali intorno al mughetto o giglio delle convalli*). In: *Bulletin général de Thérapeutique*, 1882, CIII, 49.

Il prof. Sée deliberò di sperimentare la convallaria dopo che il professore Botkin di Pietroburgo confermò l'efficacia attribuita dai contadini russi, da tempo immemorabile, a cotesta pianta di guarire le idropisie.

Valz fin dal 1830 (?) separò dall'estratto acquoso dei fiori e delle radici secche un principio venefico (*convallamarina*) che è un glicoside, il quale per azione degli acidi si scompone in zucchero e convalla-miretina. Dall'estratto alcoolico si trae la *convallarina*, materia poco importante.

Hardy, preparatore chimico nel laboratorio della Clinica dell'Hôtel-Dieu, ha ottenuto dall'estratto acquoso della pianta, seguendo il processo di Draggendorf, la *convallamarina amorfa*, che ha azione pari a quella della digitalina. L'Autore per altro ha sperimentato soltanto l'estratto acquoso, e dalle prove fatte sugli animali di sangue freddo e sugli animali superiori ha potuto determinare la dose terapeutica conveniente all'uomo, che è di 1 a 2 grammi adoprando l'estratto di fiori, o dell'intera pianta; del doppio se l'estratto sia fatto con le sole foglie.

*Esperienze negli animali di sangue freddo.* — Il cuore della rana bagnato con una goccia d'estratto di convallaria dopo un minuto e mezzo o due non batte più; il ventricolo si ferma nella sistole, e così le orecchiette si fermano nella diastole, mentre che rimangono intatti i moti riflessi e spontanei. Lo stesso succede, qualche minuto più tardi, quando l'estratto venga introdotto sotto la pelle. Negli altri animali di sangue freddo succede lo stesso che nella rana; per altro il cuore del rospo e della testuggine resiste di più.

La convallaria è dunque un veleno che, al pari della digitale, dell'upus antiar, dell'eriytrophleum, va messo nella classe de' medicamenti o veleni che arrestano il cuore nella sistole ventricolare, all' opposto di altri, della *muscarina* ad esempio, che l'arrestano in diastole (1).

*Esperienze negli animali superiori.* — Basta injettare in una vena d'un cane di peso mediocre 4 goccie d'estratto, perchè in dieci minuti muoja fermandosi il cuore.

Distinguendo in tre tempi gli effetti fisiologici della convallaria sul cuore, sui vasi e sulla respirazione del cane, si osserva che:

nel 1.° stadio, o *stadio terapeutico*, i moti del cuore divengono lenti, aumenta la pressione del sangue (6 centim. di mercurio) e insieme il respiro diviene più ampio e un po' meno frequente:

Nel 2.° stadio invece il ritorno de' battiti è irregolarissimo, il cuore batte intermittente, e le sistole si susseguono rapidissime. Il respiro, sempre più ampio e lento, pare che talvolta stia per soffermarsi in un movimento di profonda inspirazione. Il pneumografo indica che i moti inspiratorj hanno un'estensione tripla, e sono prodotti dal continuo succedersi di convulsioni de' muscoli inspiratori: sopravvengono vomiti, solito effetto de' veleni del cuore:

Nel 3.° stadio la pressione aumenta e il polso si fa celere tanto da non poterne più contare le battute, mentre che d' altra parte è debolissimo. Il cuore sempre più va affievolendosi, e finisce per fermarsi, e così i moti del respiro. Ciò nondimeno persiste la contrattilità muscolare.

La facoltà eccito-motrice dei nervi, e l'altra de' centri di poter riflettere le impressioni rimangono intatte. I nervi vaghi non perdono la

(1) Qui v'ha errore, la muscarina arresta il cuore nella sistole.

eccitabilità o soltanto l'hanno un po' scemata; onde che nel cane e nella testuggine, quando l'avvelenamento è già molto innanzi, l'eccitamento elettrico delle estremità termiche dei nervi vaghi non sofferma il cuore così interamente come nello stato normale.

Nel cane poi nessun effetto diuretico.

Dagli esperimenti sugli animali il Sée passa alle osservazioni cliniche: sono 17 e così ripartite.

Insufficienza mitrale 5 — Restringimento dell'orifizio mitrale 2 — Dilatazione del cuore 2 — Ipertrofia con gravi congestioni cerebro-oculari 1 — Malattia di Corrigan od insufficienza aortica 4 — Aritmia semplice 1 — Pericardite cronica 1 — Ipertrofia con restringimento mitrale in un malato di diabete 1.

Dall'analisi degli effetti fisiologici e terapeutici si deduce che il mughetto non turba punto le funzioni digerenti, e piuttosto che diminuire stimola l'appetito: le evacuazioni riescono più facili, più frequenti senza che si faccia diarrea. Invece la maggior azione si volge al cuore ed ai vasi.

Toglie l'*aritmia* e subito, se semplice e non subordinata a lesioni degli orifizj: del pari modera le *palpitazioni* ed anche le vince affatto, essendo che quasi sempre sono l'effetto, non già di spasmo o d'irritazione nervosa, bensì d'uno stato di languore od anche di paralisi dei nervi vaghi come nella malattia di Basedow. L'eccitamento di cotesti nervi allenta od anche arresta i moti del cuore, laddove che la paralisi li accelera d'assai. I nervi vaghi fanno ufficio di moderatori, di guisa che il cuore lasciato alla propria balia, cioè dei suoi ganglj intrinseci che sono de' veri nervi automatori, comincia a battere due volte più che nello stato naturale, e maggiormente se i nervi che concorrono nell'acceleramento, vale a dire i simpatici, rimangano intatti. Nelle palpitazioni v'hanno appunto contrazioni che si susseguono rapidamente ma flacche, siccome negli animali cui siano stati recisi i pneumogastrici.

Or bene la convallaria produce notabile rallentamento nel cuore degli animali superiori eccitando le estremità cardiache dei nervi vaghi prima di colpire il tessuto stesso del cuore, e quando pure lo colpisca l'eccitabilità dei nervi moderatori non è subito del tutto spenta. E però possiamo servirci di questo medicamento nelle palpitazioni che sono effetto della paralisi del pneumogastrico, e meglio della stessa digitale, la quale avvelena troppo presto il muscolo cardiaco per poterne continuare l'uso senza nocumento.

Il mughetto diminuisce la *celerità del cuore*, ma non tanto quanto le palpitazioni, od almeno l'effetto non è egualmente costante. Il polso da 90 a 100 battute può scendere a 70 od 80; ma se la celerità dipende piuttosto da causa meccanica, come nell'insufficienza mitrale, che da turbamento nervoso, il medicamento opera meno bene o meno durevole n'è l'effetto. Sul polso naturale cotale azione non appare tanto

manifesta; nondimeno quasi sempre v' ha il calo d' una decina di battute.

La convallaria modifica la *circolazione arteriosa periferica,* di guisa che cessano per mezzo di essa quelle sensazioni di battiti nel capo, nel collo, nelle orecchie e quelle vampe alla faccia di cui spesso si lagnano i cardiaci, i soggetti nervosi, e gli altri che soffrono della malattia di Corrigan; nella quale, a cagione dell'insufficienza delle valvole aortiche, il sangue è risospinto verso il cuore e vi produce una dilatazione passiva, che poi diviene attiva nelle arterie della testa, delle tempia, del collo, delle braccia, ecc., e talvolta molesta tanto da turbare il sonno.

Il mughetto, tenuto alla dose terapeutica, *aumenta la pressione intravascolare*, siccome mostrano le linee sfigmografiche e particolarmente la linea ascensionale che diventa quasi retta; è dunque un tonico dei vasi e del cuore, a guisa della digitale, con questo di meglio che non ne estenua la contrattilità.

La *respirazione* è modificata meno nell'uomo che negli animali; nondimeno le inspirazioni sono più profonde e il malato si sente meglio perchè gli pare di respirare più liberamente. A questo riguardo il giglio delle convalli s'avvicinerebbe al joduro di potassio, ottimo rimedio, secondo l' Autore, dell'asma, e non senz'efficacia nelle dispnee uremiche e cardiache. E però mettendo insieme la convallaria e lo jodio s' avrebbe il medicamento più sicuro e più innocuo nella cura delle malattie organiche del cuore con dispnea e idropisia, conforme vediamo presso che sempre quando v'abbia alterazione delle valvole.

L'*azione diuretica* è quanto pronta altrettanto sicura nelle più gravi idropisie cardiache: anche con solo mezzo grammo d'estratto aumenta la quantità dell'orina, e l'aumento continua, raddoppiando la dose o portandola ad un grammo e mezzo, fino ad avere 2000 e 3500 grammi. Continua la diuresi anche quando siasi smesso il medicamento da parecchi giorni (3-6). E mentre fluiscono le orine diminuiscono di pari passo la dispnea e l'idropisia. In due casi in cui falliva la digitale trionfava la convallaria tanto come diuretico, quanto come cardiaco. Le orine non mutano, aumentando, di qualità, rispetto almeno all'urea, all'acido urico, alle materie saline; appajono è vero un po' torbide trattate con l'acido nitrico; ma non è albumina che le intorbida, bensì la materia resinosa del medicamento, difatti l'etere subito le rischiara. Nè la nefrite toglie l'effetto diuretico: se non che quella s' aggrava quando sia acuta; fatta cronica non concede che la diuresi continui tanto che basti perchè l'idropisia si dilegui.

Medicamento sì eroico rispetto al cuore, ai vasi e ai nervi cardiaci, non turba in qualsiasi modo il sistema cerebro-spinale; e questo è pure un grande vantaggio della convallaria in confronto agli altri *veleni cardiaci.*

In conclusione la *convallaria maialis* è uno de' migliori medicamenti cardiaci, dappoichè l'estratto acquoso di tutta la pianta alla dose di un

grammo od un grammo e mezzo al giorno produce sul cuore, sui vasi, sulla respirazione effetti costanti e sempre benefici; modera cioè i battiti del cuore e spesso ne rimette il ritmo regolare; in pari tempo aumenta la forza del cuore e la pressione arteriosa regolando il soverchio pulsare de' vasi; rinvigorisce pure l' atto inspiratorio, con che scema l'ambascia. Ma senza dubbio la maggior virtù la più costante e più utile, è la diuretica, il cui effetto più che altri preme di conseguire nella cura delle idropisie cardiache.

Le indicazioni terapeutiche possono essere compendiate ne' seguenti articoli:

1.° Le palpitazioni che conseguono ad impotenza dei nervi vaghi (*palpitazioni paralitiche*) e che del resto sono le più comuni;

2.° Le aritmie semplici complicate o no da ipertrofia del cuore, da lesioni degli orifizj o delle valvole del cuore;

3.° Il restringimento mitrale, soprattutto se non lo compensi l'aumentata forza contrattile dell' orecchietta sinistra e del ventricolo destro;

4.° L'insufficienza della valvola mitrale con la stasi del sangue nei polmoni;

5.° La malattia di Corrigan;

6.° Le dilatazioni del cuore v' abbia o no ipertrofia, degenerazione adiposa, sclerosi del tessuto muscolare;

7.° *Tutte le affezioni cardiache* indistintamente con edema delle membra o con idropisia generale.

Furono già avvertite le controindicazioni relativamente a' reni; altre non ve ne sono. Il principio attivo della convallaria non si sofferma molto nell'economia, non ha effetti cumulativi, nè azione postuma; ciò pure lo fa superiore a quella della digitale. Inferiore alla morfina e specialmente allo jodio nel correggere la dispnea de' cardiaci, non ha il mughetto l'inconveniente della morfina di opporsi alla secrezione dell'orina; anzi nelle *cardiopatie* con *idropisia* esso va sopra a qualsiasi altro medicamento, senza aver d' uopo gli si aggiunga altri diuretici, il latt ad esempio.

---

La *convallaria maialis* non giunge nuova nella farmacologia, piuttosto vi fa ritorno. Così se ne celebravano le virtù alla fine del cinquecento:

Confirmant cerebrum Convallis Lilia, corque
Omnia tum pariter sic spiritualia membra
Attonitosque levant, prosunt cordisque tremori,
Ictibus atque anguis simul et morboque caduco;
Inflammata oculi tollunt partumque frequenter,
Haec facilem reddunt.

Castor Durante, medico e cittadino romano, in questi versacci (1) compendiava quanto del giglio delle convalli aveva scritto il sanese Pier Andrea Mattioli, quasi cinquant' anni prima, ne' suoi celebri *Discorsi nei sei libri di Dioscoride* pubblicati la prima volta nel 1548: e ne scriveva più volte avendone veduti gli effetti. È bene sentirne il racconto con le stesse sue parole, dappoichè niuno vi pose mente.

« Usano il *Lilium convallium* i Tedeschi per corroborare il cuore, il cervello, e tutti i membri spiritali: e però lo danno al batticuore, ai vertiginosi, al mal caduco et nella apoplessia. Oltre a ciò a i morsi, et alle punture de velenosi animali, a far presto partorire, et alle infiammazioni de gli occhi. Per le quali infermità costumano di fare con i suoi fiori al tempo della vindemia il vino, et altri l' infondono in vino vecchio per quaranta giorni al sole, et poscia lo lambiccano, et rilambiccano più volte, insieme con i fiori di lavanda, et di rosmarino, et alcune cose aromatiche. Et così se la serbano per questi tali medicamenti per una delle più pretiose cose, che si possa ritrovare: et però la chiamano acqua aurea, et la ripongono in vasi d' oro, et d' argento per i suddetti mali. Immo che si credono, che dandosi a coloro, che sono in articolo di morte, possa ella prolungar loro la vita per qualche hora di tempo, quantunque il più delle volte s'ingannino, come ho molte volte veduto. Il che se bene anchora a loro non è occulto; nondimeno tanta è l'authorità di cotale acqua appresso di loro, che ancora che ella non faccia quelle operationi, che se n'aspettano, non si sanno astenere altrimenti di non usarla: et molte volte la danno nelle malattie caldissime, a cui del tutto è contraria, senza alcuna ragione (2). »

Era dunque medicamento tutto tedesco; e il Mattioli ne potè avere notizia essendo medico del Principe Ferdinando Arciduca d' Austria. Niun medico italiano o francese, che mi sappia, se n'occupò di proposito prima o dopo del botanico e farmacologo di Siena; invece in Germania comparvero nella prima metà del secolo scorso tre dissertazioni intorno alle virtù del giglio del convalli:

*Doederlin Jo. Ge. Zach:* (auct. Jo. Jac. Baier). Diss. botanico-medica de Lilio Convallium. Altdorfii 1718.

*Senckenberg Jo. Chr.* Diss. inaug. med. de Lilio Convallium, ejusque in primis Baccae viribus. Goetting, 1737.

*Schulze Jo Henr.* (resp. G. C. Massdorf). De Lilio Convallium. Halae, 1742.

Ma intanto l'azione precipua della pianta andava dimenticata; scompariva il rimedio del *batticuore* per non rimanere che l'antispasmodico, l'antiepilettica, lo starnutatorio, il purgativo. *Elle est* (la Convallaria) *fort propre*, diceva il Lemery, *pour fortifier le cerveau, pour l'epilepsie, pour la paralisie, pour l'apoplexie, étant prise interieurement, on l'em-*

(1) « Herbario nuovo. » Roma 1585, pag. 258.
(2) Matthioli P. Andrea. « I discorsi, ecc. » Venezia 1559, pag. 467.

*ploye aussi dans les sternutatoires* (1). Anzi non altro che come polvere starnutatoria era conservata in parecchie farmacopee di Germania e di altri paesi settentrionali (2): il diligente Murray, che ricorda questa ed altre virtù della convallaria, fra le quali quella di riescire efficace contro le febbri intermittenti, tace affatto della cardiaca (3); e ne tace pure il Richter, il quale invece ammonisce che la polvere della convallaria può talvolta eccitare starnuto non che violento, pericoloso (4),

La medicina popolare dunque più avveduta della scientifica seguitava a tenere il giglio delle convalli per evacuare l' idropisia, corroborando il cuore; ma anche quest'uso pare s' andasse ritraendo per modo da non rimanere volgare che nelle campagne della Russia: e di là lo sprezzato medicamento riprende posto nella terapeutica magistrale, introdotto con grande autorità nelle accademie, commendato dall'intero coro de' giornali.

Intanto il dott. Troïtcky fa sapere ch' egli primo fra i medici russi ha fatto conoscere nel novembre del 1880 nel giornale *Vratch* (*il Medico*) l'efficacia del mughetto nell' idropisia consecutiva a malattia di cuore.

L'anno dopo nel mese d'aprile, il dott. Boynojavlensky nello stesso giornale pubblicava una monografia su tale argomento; e nel maggio del 1882 il dott. Issaef esponeva alcuni studj intorno al principio attivo della convallaria (5). Per essa dunque, come per tanti altri medicamenti, s'avvera il famoso *renascuntur*: al pari di tanti altri prima che rimedio della scienza, fu rimedio della medicina popolare. Un solo scrittore troviamo, ed è un italiano, che alla metà del secolo decimosesto designi le *virtù cardiache* della *Convallaria majalis*.

Lo studio chimico della quale incomincia con il Valz, il farmacologico con Marcé, il clinico co' medici russi, a' quali s' è aggiunto il Sée ampliandone le ricerche, dando loro più precisa direzione e per conseguenza traendone norme di più sicura applicazione.

La Convallaria, non ostante il nome di *Giglio delle convalli*, non appartiene alla famiglia delle Gigliacee, bensì a quella delle Asparigineе. È pianta comune nei nostri boschi, ama i siti ombrosi ed umidi, fiorisce sulla fine d'aprile ed in maggio, ed è, in grazia del grato odore, coltivata, ne' giardini. Ha radice sottile, legnosa, bianca orizzontale, serpeggiante,

(1) « Theatre universel des Drogues simples. » Paris 1699, pag. 437. — Nè altri usi indica Linneo che questi: « Epilepsia, apoplexia, coryza, epiphora. » (Materia medica. Lipsiae 1787, pag. 110).

(2) Strumpf Ferd. Ludwig. « Systetiches Handbuch der Arzneimittellehre. » Berlin 18*5, II, 94.

(3) Murray Jo. Andr. « Apparatus Medicaminum. » Venet. 179*, V 119.

(4) Richter Giorgio Augusto. « Trattato completo di materia medica. » Milano 1833, II, 310.

(5) « Archives générales de Médecine, » 1882 novembre, pag. 632.

fibrosa, genicolata: lo scapo palmare, nudo, angoloso; le foglie radicali gigliacee, vaginanti, ovalo-lanceolate, spesso gemelle: i fiori terminali disposti in ispica rara, unilaterale, cernua: la corolla piccola, globosa, bianca, odorosa, cogli apici rivoltati, senza calice; la bacca molle, trisperma, rossa.

Langlebert Adolphe. — **Note sur le** ***Convallaria maialis.*** (*Bullétin général de Thérapeutique*, 1882 CIII, 74).

L'Autore, farmacista di 1.ª classe, fa notare che Stanislao Martin nel 1865 otteneva dalla convallaria un alcaloide (*maialina*), un acido (*maialico*), un olio essenziale, una materia colorante gialla e della cera; oltre i due glicosidi (*convallamarina* e *convallarina*) scoperti dal Valz. Pare che i principj attivi siano la *convallamarina* e la *maialina*. Vi si trova anche una materia resinosa, la quale ha azione emeto-catartica; onde che la *convallaria maialis* fu da parecchi autori tenuta purgante analogo alla scammonea ed all'aloe. Tale sostanza trovasi specialmente nelle radici e ne viene estratta mediante l'alcool. Laonde volendo unicamente l'azione cardiaca bisogna valersi di preparazioni acquose non già alcooliche; e poichè l'infuso, anche a dose alta, non dà effetti costanti, non resta che l'estratto fatto con l'intera pianta, o più precisamente co' fiori e con gli steli, cui si aggiungono, per un terzo del peso, foglie e radici.

L'estratto così ottenuto è tre volte più attivo dell'estratto cavato dalle sole foglie, e neppure ha l'azione emetica o purgativa dell'altro fatto con le radici. È sodo, nero lucente, amaro, solubile in qualsiasi proporzione nell'acqua e nell'alcool, con odore grato e durevole. Serve a preparare uno sciroppo aromatico (1), di sapore amaro schietto, e fatto con tali proporzioni che un cucchiajo comune da tavola contenga esattamente 50 cent. d'estratto. In questa forma e alla dose di 2, 3 o 4 cucchiaj il nuovo medicamento è prescritto nella cura delle malattie del cuore. Gli antichi fecero della convallaria varie preparazioni adoperandole per eccitare il vomito, per isciogliere il ventre, per calmare le convulsioni, l'emicrania, l'epilessia: ma dell'*azione sul cuore neppure ebbero il sospetto.*

Quanto erroneo sia cotesto giudizio vedemmo poco sopra, correggendo in proposito il Sée.

---

(1) H. Royer, farmacista di Lione, la propone in questo modo:
Estratto di « Convallaria maialis, » q. b. — Sciroppo semplice 100 gram. — Alcoolaturo di scorze di melarancie dolci, 5 grammi. (« Bullet. général de Thérap. » CIII, 220).

Tanret C. — **Sur la convallamarine, principe actif, du muguet.** (*Della Convallamarina, principio attivo del mughetto*). In: *Bulletin général de Thérapeutique*, 1882, CIII 179.

Volendo esser sicuri degli effetti della convallaria, anzi che dalla pianta, più o meno attiva secondo la stagione nella quale è raccolta, o degli estratti, che si alterano evaporando, dovremo cercare d'averne il principio attivo, già noto fin dal 1858 per opera di Walz e sperimentato da Marmé nel 1867, il quale anche chiamò la convallamarina un *nuovo veleno del cuore* (1). Dalla *canvallarina*, il secondo dei glucosidi di Walz, non ebbe che effetti purgativi alla dose di 3 a 4 gr.; laddove che il primo (*convallamarina*) opera principalmente sul cuore anche in piccolissima dose injettati che sino nelle vene 7-10 milligrammi pei cani di 7-14 chil., 3-6 milligr. pei gatti di 2-3 chilogr., 2-3 chilogrammi, 2-3 mill. pei conigli di 1 o 2 chilogr. Ne stabilì anche le dosi tossiche: 15-30 milligr. ne' cani, 5-8 milligr. nei conigli, fattane l'injezione nella vena crurale. Pochi minuti dopo sopraggiunge la morte; convulsioni cloniche precedono quasi sempre l'arrestarsi de' moti del cuore.

Niun dubbio dunque che la convallamarina non sia un veleno del cuore e la sua azione fisiologica non s'accosti per la qualità e il grado alla digitalina, all'elleborina, ai principj dell'upus antiar, ecc.

Mentre la convallarina è solubile nell'alcool, ma insolubile nell'acqua, la convallamarina si scioglie in qualsiasi proporzione nell' acqua ed è solubilissima nell'alcool comune e nell'alcool metilico: insolubile invece nell'etere, nel cloroformio, nell' alcool amilico, incristallizzabile: devia molto a sinistra il piano di polarizzazione della luce. Se pura non riduce il liquore di Fehling, e soltanto lo riduce quando sia stata bollita con acidi diluiti; perchè si è scomposto secondo Walz in glucosio e convallamaretina. L'acido solforico sciogliendola l'imbruna; se asciutta, ed invece se inumidita le dà un bel colore di viola, che poi aggiungendo acqua si dilegua. Il sapore n'è amaro, cui tien dietro altro sapore tutto particolare.

Seguendo il processo di Walz, modificato dall'Autore, la convallamarina viene precipitata allo stato di tannato dalla tintura alcoolica di tutta la pianta e quindi scomposta con ossido di zinco: se ne possono avere 3 grammi per ogni chilogrammo di pianta fresca.

L'estratto anche migliore si altera scomponendosi il glucoside; del che s'ha indizio dal diminuire il potere rotatorio perfino della metà.

---

(1) O piuttosto 1838. Il Walz pubblicò il suo lavoro sui principj attivi della Convallaria nel « Jahrb. für prakt. Pharm. » VIII, 84.

(2) Marmé W. « Ueber Convallamarin, ein neues Herzgift. » (« Göttinger Nachricht. ») März 1867, pag. 160.

Dal punto di vista chimico trovava molta analogia fra la *Convallamarina* e la *Veratrina*.

L'alcaloide maialina, che Stanislao Martin disse d'avere scoperto nei fiori freschi (1), non venne in verun modo trovato dall'Autore neppure nelle foglie, negli steli e nelle radici.

Il Tanret è stato più accurato del Sée e del Langlebert nell'esporre gli studj che precedentemente erano stati fatti intorno alla *Convallaria maialis*; ma, come s'è veduto, ei s'è fermato ai moderni al Marmé sopra tutti, cui del resto spetta veramente il merito d'avere sperimentalmente indagata l'azione di quella pianta e d'averla definita con la espressiva denominazione di *veleno del cuore*.

**Studii sull'azione terapeutica della Damiana**. (*Bulletin général de Thérapeutique*, 1882, CII, 222).

La *damiana* (*Turnera aphrodisiaca*) erba della famiglia delle portulacee, che cresce nel Brasile e sulla costa occidentale del Messico, ha fiori bianchi, di odore che ricorda quello del Bucco (Diosmea crenata), si raccoglie nel mese d'agosto, quando i fusti sono ricoperti di una gommo-resina odorifera.

La damiana è da molto tempo in uso fra gli abitanti del Messico come tonico; essi si servono degli steli e delle foglie in decozione per riprendere forza, ingagliardire i nervi e così prepararsi a nuove fatiche salendo le montagne. Se ne servono contro l'impotenza dei due sessi.

La damiana ha un'azione speciale tonica e stimolante sugli organi genito-urinarii dei due sessi; è un *afrodisiaco* (2), alterante, lassativo che aumenta l'orina ed eccita appetiti carnali, quando sia amministrata a dose mediocre; in piccola dose, sembra avere un'azione specifica su tutti gli organi del bacino, dando loro vigoria ed aumentando le secrezioni. Le si attribuisce anche grande virtù come nervino. Potrà quindi essere usata come afrodisiaca nella spermatorrea, nell'atrofia dei testicoli, nell'incontinenza d'orina, come un potente stimolante delle facoltà cerebrali; ed in fine in tutti i sinistri che susseguono ai parti prematuri, nelle mestruazioni difficili, in tutte le malattie della gravidanza.

L'azione della damiana è ben diversa da quella della stricnina, del fosforo o della cantaride, che si prescrivono a piccole dosi per ottenere un effetto immediato. Non è un irritante ma uno stimolante del cervello, un tonico dei centri nervosi che governano l'apparecchio urogenitale, e la si deve amministrare di continuo per qualche settimana.

---

(1) « Union pharmaceutique » 1865.

(2) Noi che non crediamo agli afrodisiaci diretti o specifici, non facciamo qui che riferire; e così pure riferiamo senza commenti le altre meravigliose virtù che alla damiana s'attribuiscono, non con altro fine che di eccitare i farmacologi ed i medici a farne accurato studio, per indi dirci quanto di vero siavi in quelle lodi, e quanto d'utile se ne può ritrarre.

L'azione sua si fa sentire specialmente sui nervi simpatici; ad alta dose produce una specie di avvelenamento con lieve sensazione di dolore alla regione prostatica. I suoi buoni effetti si manifestano tanto sui reni e sulla vescica, quanto sugli organi riproduttori.

A queste proprietà la damiana ne unisce un'altra non meno preziosa: amministrata per alcuni giorni alla dose d'un cucchiajo da caffè tre, quattro volte al giorno, procura due o più scariche normali ed abbondanti, dimostrando una vera azione lassativa. In generale si prescrive l'estratto fluido della damiana che si associa a parti eguali di glicerina pura e di sciroppo del Tolu o con un sciroppo di frutta qualunque. Si può anche prenderlo nel vino. Lo si amministra alla dose di due a quattro grammi, tre o quattro volte al giorno. Se ne fa pure un estratto solido: dose da 30 a 60 centigrammi.

**Carrick. — Il koumiss.**

Abbiamo in altra Rivista ampiamente discorso delle *cure col latte* (1), n'abbiamo mostrato l'antichità e il largo e ragionato uso che n'hanno fatto i medici italiani del seicento seguendo principalmente i precetti del Redi. Il quale era affatto dimenticato quando il Karell, medico dell'Imperatore di Russia, rimise in voga questo modo di cura, che, bene diretto, può riescire, non v'ha dubbio, efficacissimo, siccome dai fatti in quella stessa Rivista addotti è comprovato.

Avendo detto del latte, viene ora in acconcio di discorrere del *koumiss*, ossia latte fermentato. Il predetto dottor Karell aveva già fatto cenno di quello che si prepara nelle steppe a Samara e ad Orenburg, ed anche aveva avvertito che sebbene lo si potesse trarre dal latte di vacca il koumiss vaccino nen ha tutta la virtù dell'equino.

Un medico inglese, il dott. Carrick, addetto all'ambasciata inglese di Pietroburgo, ha scritto tutto un libro, o trattato, sul koumiss; e l'opera sua intitolata: *Koumiss or fermented Mares Milk and its uses in the treatment and cure of pulmonary consumption and other wasting diseases*, fu tradotta quasi per intero nella *Revue britannique* (febbrajo 1882). Valendoci di questa traduzione, siccome fecero gli *Archives générales de Médecine* (2), porgiamo ai nostri lettori i seguenti cenni.

Le cavalle *khirgisi* e *baskiri* non sono mai montate dai loro padroni, quantunque nomadi. Ad un vero orientale e specialmente ad un orientale che appartenga ad un popolo cavaliere, non può venire in mente di salire in groppa ad una cavalla, siccome a nessun elegante soldato inglese (e possiamo dire a nessun europeo) verrebbe in mente di pre-

(1) Vol. CCLVI, peg. 133 a proposito della memoria del dott. Enrico Gallico. « Effetti terapeutici della esclusiva dieta lattea in alcune affezioni morbose.

(2) Avril 1882, pag. 459.

sentarsi ad una rivista a cavalcioni di una vacca. In oltre quelle cavallo non lavorano, nè sono mai attaccate a carro o ad aratro.

Le cavalle sono munte dai nomadi da 4 ad 8 volte al giorno, e forniscono, ogni volta, in media da un mezzo-quarto (60 centilitri circa) a due quarti (2 lit. 25) di latte.

Il puledro non si lascia poppare che di notte, di giorno è tenuto lontano dalla madre. Tuttavia lo si avvicina ad essa ogni volta che la si munge e talora lo si lascia anche poppare alcuni minuti, massime se quella sia inquieta. Se manca il puledro, la cavalla si rifiuta di dare il latte: uno sfintere per ciascun capezzolo delle poppe, le permette di fare il piacer suo.

Le cavalle *kirghisi* e *baskisi* non sono munte che quando sono pregne. Si fa in modo che tutte partoriscano al medesimo tempo. Si conducono allo stallone due o quattro settimane dopo che hanno partorito. Non è cosa facile il mungere queste bestie: occorrono alcune cautele.

Verso le sei ore del mattino, le cavalle vengono prese nelle steppe col guinzaglio e condotte alle tende, si allontana il puledro dalla madre e lo si conduce a poca distanza in un luogo ombreggiato cogli altri, e gli si dà (o gli si dovrebbe dare) dell'avena trita e mescolata con frumento. Dopo un pajo d'ore, tempo sufficiente perchè il latte ritorni nelle mammelle vuote, si avvicina il puledro alla madre e lo si lascia poppare qualche minuto, e ciò solo se la cavalla si mostra irrequieta.

La maggior parte di questi animali non mangia che fieno od erba e non è raro di vedere una cavalla delle steppe rifiutare, non conoscendolo, l'orzo, il frumento od anche l'avena. Così tutto concorre ad avere delle cavalle lattifere. L'importanza degli erbaggi sulle qualità del latte di cavalla non è punto sfuggita ai moderni osservatori che si sono occupati della preparazione del koumiss.

L'erba principale che produce la terra fertile delle steppe, dice il nostro Autore, e che talvolta copre, eccetto piccoli tratti in cui stanno altri erbaggi, molte centinaja di miglia, è la stipa piumata (*stipa pennata*), i cui fiori ricchi di peli bianchi e serici somigliano ad un pennacchio. Non falciata, questa graminacea s' alza d'un metro ed anche, se tagliata in estate, prima dell'autunno rimette de' fusti alti un piede e più.

La stipa pennata è il principale nutrimento dei cavalli, dei buoi e dei montoni delle steppe. È l'erba per eccellenza di un suolo ricco e vergine.

Quando gli animali debbono percorrere parecchie miglia ogni volta che sentono il bisogno di bere, la qualità del latte ne soffre, la secrezione è meno abbondante come pure la proporzione degli elementi zuccherini e grassi. Del pari se si faccia risparmio di sale diminuisce la quantità di latte e dei cloruri che vi sono contenuti, e forse si rende il

latte stesso più facile ad alterarsi. Il miglior modo di provvedere al sale è di mettere nella steppa delle grosse rocce di sal-gemma, che le mandre possono leccare quando loro aggrada. È più difficile procurar loro l'acqua, poichè nelle steppe, fiumi e stagni sono rari.

Il recipiente di cui si servono i nomadi per preparare il koumiss è fatto di cuojo di cavallo affumicato, il crine volto infuori. È un sacco lungo circa 3 piedi e mezzo, di forma un po' conica, largo alla base, stretto all'imboccatura e cucito con coreggie parimente di cuojo di cavallo. Gli inconvenienti di simile vaso per contenere un liquido acido e fermentescibile saltano agli occhi. Per rimediare a ciò, si cominciò a far uso, da circa 20 anni, di tinozzi o cilindri di legno, che, negli stabilimenti di koumiss vicino a Samara, sostituirono interamente e bene gli antichi utensili. Il latte, qualunque sia il vaso in cui lo si mette, viene sbattuto con un bastone di legno.

I fermenti adoprati nel preparare il koumiss o vengono presi fuori dal liquido in cui poscia si mettono ad agire; ovvero provengono da certi cangiamenti spontanei nel latte stesso. Qualsiasi fermento, naturale od artificiale, non è adoperato che quando si ha da preparare del koumiss nuovo. Quando si abbia del koumiss preparato, si ha già opportuna sostanza per ottenere la fermentazione del latte fresco. I nomadi, per es., ed i proprietarii degli stabilimenti di koumiss vicino a Samara che non mungono le loro cavalle nell'inverno, ricorrono, al giungere della primavera, alla caseina secca del koumiss forte, preparata l'autunno innanzi. Appena che il latte ha subito una fermentazione sufficiente per passare allo stato di koumiss debole, resta in questo stato per dodici giorni, mantenuto alla temperatura ordinaria, poi passa allo stato di koumiss medio. Il koumiss debole è più denso del latte di cavalla, di cui ha il sapore, tranne che è un po' acidetto e piccante per l'acido carbonico che contiene in piccola quantità. Il koumiss medio, che si forma dopo 24-48 ore di fermentazione, è meno denso del precedente, ha minor sapore di latte, contiene meno acido carbonico libero e può essere messo in bottiglie e mantenersi fresco due o tre giorni. Il koumiss forte si ottiene agitando di continuo del latte per più di 48 ore. È ancora meno denso del koumiss medio; anzi è acquoso, contiene una maggior proporzione di alcool e di acido carbonico ed è molto più acido e piccante al palato. È il solo koumiss che si possa conservare fin che si vuole senza rilevante mutazione.

I nomadi che non hanno nè ghiacciaje nè ghiaccio per raffreddare, quando è necessario, il latte che fermenta, debbono rimettere la qualità del loro koumiss, allo stato atmosferico dell'ambiente, assai più che i proprietarii, i quali hanno delle latterie costruite *ad hoc*, in cui si può rapidamente elevare la temperatura al grado voluto mercè delle stufe od abbassarla per mezzo del ghiaccio, ed ove mediante un sistema esteso di ventilazione, l'atmosfera è sempre mantenuta pura.

Alla temperatura ordinaria il koumiss ha un odore acre ed anche

l'odore specifico della cavalla, il quale vela talvolta l'aroma piacevole delle erbe delle steppe di cui si nutrì l'animale. Quando il latte di cavalla non ha subito un grado di fermentazione sufficiente per convertilo in koumiss, fa ciò che fanno ognora tutti i liquori mal fermentati: disturba lo stomaco.

Bevuto alla temperatura ordinaria della camera, alla dose di due ad otto bicchieri, produce nello stomaco un senso di freddo, cui succede tosto un grado corrispondente di calore. Induce una certa oppressione che viene alleviata dalle eruttazioni. Le pulsazioni cardiache aumentano e talvolta ne seguono lievi palpitazioni. Vien meno la voglia per qualsiasi lavoro corporale od intellettuale ed invade più che la voluttà del far niente, il bisogno di riposo. Quando il koumiss è forte e non vi si è abituati, produce una lieve ebbrezza, che calma piuttosto che eccitare il sistema nervoso. Si divien brilli, ma non incomodi per vanterie, o per attaccar brighe; non altro si cerca che quiete: il sonno presto sopravviene lungo e ristorativo.

Il koumiss diminuisce un po' l'appetito, ma non lo toglie. È un diuretico potente. Produce pure altre eccitazioni particolari, ed in principio della cura, disturba molto il sonno ai malati; ma questa fase presto sen va. Spesso induce molesti pruriti, che co' bagni aumentano, ma che cedono alla morfina, il che prova la natura nervosa di questo sintomo. Il prurito cessa alla fine della seconda settimana della cura del koumiss; talvolta termina con una specie di eruzione simile alla orticaria, al dorso delle mani, alla nuca ed alla pianta dei piedi. Il koumiss forte preso ad alte dosi da persone deboli procura in principio mal di testa che aumenta verso sera.

Il miglioramento rapido ottenuto col koumiss nell'aspetto di persone, scarne, smunte, distrutte è meraviglioso. Le migliori e maggiori prove le danno i nomadi in principio di primavera dopochè, lasciata la dieta jemale di carni secche e salate, riprendono il koumiss. Ed è appunto notabile effetto la rapidità con cui ingrassano le persone che si curano col koumiss. Si sono visti ammalati aumentare di peso da 15 a 20 libbre ed anche più in un mese; naturalmente questo aumento non succede in tutti, ma nemmeno è raro; ed un aumento in minori proporzioni è cosa comune.

---

Fin dal 1877 il dott. Tommaso Tommasi s'occupò del koumiss e del suo estratto (1); ma noi dobbiamo sempre riferirci alle osservazioni dei medici russi, o degli altri che hanno esercitato la medicina in quelle

(1) Il koumys, l'estratto di koumys; la birra di latte: Esperimenti e considerazioni. Firenze 1877.

contrade od in qualsiasi modo hanno avuto opportunità di seguirne colà e studiarne gli effetti, per giudicare delle virtù del koumiss specialmente nella cura della tisi polmonare; nella quale, secondo il dottore Postnikoff ed altri, esso sarebbe efficace per modo da diminuire non solo l'infiltramento tubercoloso, ma da restringere, raggrinzandole, le caverne. Se tanto non può concedersi, certo è che il koumiss vale assaissimo nel modificare la nutrizione, anzi il Nothnagel non esita nel dire che l'*importanza del koumiss nella cura della tisi sta nell'avere in sè ottima sostanza nutritiva* (1), e ciò è sì vero che uguale beneficio si ritrae in altre cachessie, nell'ipotrofia consecutiva alle malattie acute, nella clorosi, nell'oligoemia per effetto di gravi emorragie, di profusa suppurazione, di pertinace diarrea e via dicendo. Nulladimeno resta che nella tisi polmonare, abbia esso o no virtù particolare, è di preferenza adoprato, tanto che si tratti di semplice processo caseoso, o di vera tubercolosi miliare, sempre che la febbre non sia ardita, continua o poco remittente, e il morbo non proceda troppo rapidamente. In breve più che nella tisi florida, vale nella torpida o con febbre discreta con pallore e dimagrimento. Dando impulso alla circolazione impone certi riguardi in chi sia disposto all'emottisi, e così negli altri che abbiano malattie renali, giacchè, come abbiamo veduto, il koumiss ha molta forza diuretica.

Gli anzidetti buoni effetti si ottengono anche prendendo il koumiss lontano dalle steppe; sicchè non può attribuirsi al clima, quello che è proprio virtù sua. Ciò non vuol dire che questa non possa essere coadjuvata od accresciuta dalle diverse influenze de' luoghi e delle cure igieniche.

S'è computato che 6 bottiglie di koumiss forte hanno d'alcool quanto due di vino Champagne; e *Champagne del Don* fu anche detto il koumiss, il quale, stando al Fonssagrives (2), dovrebbe dirsi piuttosto *birra cosacca*, giacchè al pari della birra ha copia di alcool, d' acido carbonico e di zucchero. Ma quando il koumiss non fosse di più che una birra, se ne sarebbero mai avuti i buoni effetti che se ne vantano? Facciamo pure la giusta tara, giacchè non è tutto oro quello che luccica, nondimeno rimarrà pure di tante osservazioni e del libro del Carrick quanto basta per raccomandare il koumiss ai clinici ed ai medici pratici.

Bert Paolo. — **Influence de l'eau oxygénée sur les putrefactions.** (*Azione dell' acqua ossigenata sulle putrefazioni*). In: *Gazette des Hôpitaux*, 1882 N. 139, pag. 1109.

Da una serie di ricerche e di esperienze risulta che l' acqua ossige-

---

(1) « Handbuch der Arzneimittellehre. » Berlin 1878, pag. 383.
(2) « Traité d'Hygiène alimentaire. » Paris 1867.

nata arresta la putrefazione, uccide i microbi ed impedisce lo sviluppo delle spore; tutte le sostanze vi si conservano; i frutti soprattutto ed assai bene. Nulla può sul veleno dello scorpione. Nella coltivazione del carbonchio senza spore, il carbonchio è tosto ucciso; in quella del carbonchio con spore abbisogna una mezz'ora per ucciderlo. Sembra inerte rispetto al virus vajoloso. Tra le sostanze che agiscono sull' acqua ossigenata bisogna porre in prima linea, la fibrina che la decompone, senza perdere le sue proprietà; nondimeno a poco a poco s'affievolisce e finisce per non aver più alcuna efficacia. La proporzione di acqua decomposta non è punto in rapporto costante colla quantità di fibrina adoprata.

---

# BIBLIOGRAFIA

## MEDICINA SCANDINAVA (1).

I. Leegaard Chr. — *Kasuistik bidrag til lären om lokalisationem i hjärnens Kortikalsubstans.* (Caso di rammollimento corticale del cervello). N. 15.

Un vecchio di 69 anni, che venti anni prima aveva avuto tumori suppuranti nel collo e nel petto, soccombeva il 7 settembre 1880 sotto lieve accesso apoplettiforme susseguito da paralisi della metà sinistra del corpo. Quando entrò nell'ospitale presentava i seguenti sintomi:

Assai magro, debole e di colore cachettico. Quasi libera la mente, la parola lievemente inceppata: la lingua molto deviata a sinistra, il facciale inferiore sinistro paralizzato, e tale pure, quantunque lievemente, il braccio del medesimo lato. L'arto inferiore un po' debole.

La paresi del braccio e della gamba scomparve dopo 8 giorni, continuò invece la *paralisi della lingua e della faccia.* Tutto procedette bene fino al 22 settembre: allora il malato divenne più apatico; comparvero ad un tempo paralisi del braccio e della gamba del lato sinistro, contrattura delle stesse membra ed irritabilità riflessa esagerata della gamba. Sopravvenne lieve aumento della temperatura centrale. Ne' giorni successivi la paralisi della gamba si dileguò; ma *persistette l'altra della lingua, del facciale inferiore e del braccio.* La morte succedeva la sera dell' 11 ottobre.

*Autopsia* fatta dal prof. H. Heibérg il 12 ottobre.

*Emisfero sinistro*: Sano.

*Emisfero destro:* Rammollimento giallo nella metà inferiore delle circonvoluzioni frontali e parietali ascendenti, che s'estendeva verso la base della 3.ª circonvoluzione frontale e il fondo del solco di Rolando: inferiormente confinava con la scissura di Silvio. Non aveva distrutto che la corteccia; il centro ovale era rimasto intatto. Nel nucleo caudato eravi altro punto rammollito, quanto un pisello.

*Cuore*: nulla di particolare.

*Arterie*: manifestissima arteriasi. L'arco dell'aorta dilatato, la tonaca interna tutta lungo l'aorta con sclerosi, degenerazione grassa e incrostazioni calcari. Sotto l' origine dell' arteria subclavia due piccoli coa-

---

(1) Dal *Nordiskt medicinískt Archiv*, Band XIII. Stockholm 1881. (Vedi altri articoli nel Vol. CCLVI, pag. 428 e Vol. CCLVIII pag. 524 di questi *Annali*).

guli; più giù un trombo lungo 13 centim., grosso quanto un dito e che protendevasi nell'arteria renale destra. Le due carotidi comuni petreficate in parte. Nella porzione intracranica della carotide interna destra le pareti del vaso assai grosse e comprese da sclerosi, di modo che l'una all'altra aderenti, non lasciavano liberi che 3 o 4 orifizj pei quali il sangue poteva circolare. Da quel punto un coagulo lungo 0,5 centim. prolungavasi entro l'arteria silviana destra.

*Polmoni*: parecchi *infarctus* emorragici. Cancro dello stomaco e del fegato. Nefrite interstiziale: di più infarto nel rene destro, coaguli nelle vene pelviche.

Il tessuto cellulare intorno alla laringe e alla trachea duro e raggrinzato; la trachea di forma angolare. Come causa del rammollimento corticale del cervello l'Autore ammette l'embolia del coagulo nell'arteria carotide interna destra e nell'arteria silviana: specie d'embolia assai rara. Tenendo conto de' sintomi bisogna credere che l'invasione degli emboli è successa due volte, la 1.ª il 7 settembre, la 2.ª il 22; poscia che il rammollimento ha occupato prima la parte inferiore delle circonvoluzioni frontali e parietali ascendenti (il centro dei movimenti della lingua e della parte inferiore della faccia, secondo Charcot e Pitres), ed appresso la parte posta più su (il centro dei movimenti del membro superiore, giusta gli stessi Charcot e Pitres). In questo modo può spiegarsi come la lingua e la faccia fossero sole offese nel primo stadio della malattia mentre che nel secondo una monoplegia brachiale s'aggiunse alle precedenti complicazioni. È probabile che il piccolo focolajo di rammollimento nel nucleo caudato del destro lato non abbia prodotto verun sintoma.

Non è dubbia l'origine degl'infarti nel rene destro e nei polmoni. L'Autore, medico in Cristiania, fa osservare la relazione causale che verisimilmente intercede fra la nefrite interstiziale e la malattia delle arterie.

Tenendo conto dei tumori di cui aveva patito il malato vent'anni prima (gomme?), delle cicatrici delle ossa della faccia e del petto, ed anche del raggrinzamento del tessuto cellulare intorno alla trachea, deve credersi che quel vecchio avesse avuto sifilide, quantunque la prova non sia decisiva! Comunque, l'Autore crede che forse la sifilide spesso è causa dell'ateromasia delle arterie.

Dal punto di vista clinico è importante che nè il cancro patente dello stomaco e del fegato, nè la nefrite interstiziale abbiano prodotto dei sintomi.

Chiude la memoria la succinta relazione storica delle varie fasi della dottrina delle localizzazioni nelle malattie della corteccia cerebrale.

II. Linroth Klas. — *Nägra försök öfver vattnets förhallende i vara klader.* (Come l'acqua stia nelle nostre vesti). N. 16.

L'acqua, che trovasi sempre combinata per via meccanica in mag-

giore o minor quantità negli abiti, può essere od *acqua igrometrica*, entratavi col condensarsi il vapore dell'aria, od *acqua interposta*, introdottasi allo stato liquido.

Le esperienze del Linroth di Karlskrona, fatte nel laboratorio del Pettenkofer a Monaco, si riferiscono all'uno e all'altro modo di essere dell'acqua.

1.° L'analisi fu fatta dapprima sull'azione delle diverse *condizioni atmosferiche* rispetto alle materie di cui si compongono le nostre vesti. Queste esperienze furono condotte come segue:

Pezzi di diverse stoffe e della misura di circa 150 centim. quadrati vennero prosciugati a 105-110° C. in modo da espellerne qualsiasi combinazione meccanica d'acqua, quindi pesati e chiusi ermeticamente in iscatole di lastra d'ottone. Furono quindi tratti fuori ed esposti, per istudiare l'*acqua igrometrica*, per un certo tempo all'influenza dell'aria in camere con relativa diversa umidità e temperatura. Si potè avere grandissima umidità, e per l'opposto pochissima mediante il piccolo apparecchio respiratorio di Voit, il cui fondo venne coperto nel primo caso di pietra pomice imbevuta d'acqua, e nel secondo di cloruro di calcio. Trascorso il tempo necessario per ogni caso i pezzi di stoffa venivano rimessi nelle scatole e pesati di nuovo; la differenza di peso permetteva d'ottenere la misura esatta della differente quantità d'acqua introdotta.

L'umidità relativa dell'aria è quella che ha la maggior influenza. In tempo di nebbia la quantità d'acqua contenuta negli abiti è maggiore di circa 200 $^0|_{00}$ del peso del tessuto di quando l'aria sia mediocremente umida: e ciò probabilmente è la ragione de'sinistri effetti di cotest'aria sulla salute.

Invece, contro la comune opinione, la temperatura dell'aria pare non abbia verun effetto sulla quantità d'acqua assorbita. Il vento non diminuisce l'igrospicità, e il colore degli abiti non sembra v'influisca. L'ha invece grandissima la natura del tessuto: i tessuti d'origine vegetale (di filo e di cotone) assorbono meno acqua, gli altri del regno animale n'assorbano di più. Formando una scala, nel primo gradino andrà la tela di filo, nell'ultimo la pelle di montone che può assorbire fino alla metà del suo peso d'acqua dall'aria.

La rapidità con la quale viene assorbita l'acqua igrometrica è sempre maggiore ne' primi momenti del passaggio dall'aria secca all'umida. Nei primi 10 minuti, furono assorbiti da 23 a 60 per $^0|_{00}$ della quantità necessaria per produrre saturazione. L'aumento divenne quindi sempre più lento e in aria umidissima il punto della saturazione non veniva raggiunto che dopo 12-15 ore, ma invece era già raggiunto dopo 2 ore nell'atmosfera d'una camera ordinaria.

Del pari l'evaporazione, portando i tessuti da un'aria umida in aria asciutta, succedeva con grande rapidità fino al punto che la quantità di acqua de' predetti tessuti cominciava a ravvicinarsi alla quantità di

acqua normale dell'aria della camera. La maggior evaporazione (ossia da 38 a 71 0[0 secondo il tessuto) seguiva ne' primi 10 minuti, ma non si compieva di solito che in 2 o 3 ore. La qualità del tessuto concorre nel rendere più o meno rapida l'evaporazione; ne' tessuti di seta è prontissima, meno pronta nella tela di cotone e di filo; più lenta che mai, ma più uniforme, nella lana.

L'*acqua d'interposizione* è trattenuta ne' varj tessuti secondo che poca o molta è la forza usata per ispremernela. Le stoffe di lana conservano sempre maggior quantità d'acqua, ma insieme hanno la proprietà di trattenere con particolare tenacità l'aria nelle loro maglie, ciò che fa che quelle, quando pure siano bagnate, più d'ogni altra stoffa riescano cattive conduttrici del calore.

All'opposto di ciò che succede per l'acqua igrometrica, l'evaporazione dell'acqua interposta è assai uniforme ed uguale. Quando per altro la quantità d'acqua rimasta nel tessuto è diminuita di tanto da non trovarvisi più che come se vi fosse entrata per la via igrometrica, l'evaporazione procede allora come per l'acqua igrometrica. Rispetto all'acqua d'interposizione la lana si distingue da ogni altra specie di stoffa a motivo dell'evaporazione lenta ed uguale.

La diversa umidità nelle vesti può essere tale da indurre modificazioni nella loro capacità conduttrice pel calorico, nella loro permeabilità all'aria, siccome nella rispettiva evaporazione; circostanze tutte importanti per l'economia del calore del corpo.

2.° L'*influenza propria del corpo* sulla quantità d'acqua igrometrica contenuta nelle vesti, è pure stata soggetto d'esperimenti. Dei pezzi di stoffa interamente asciutti furono applicati gli uni sul corpo nudo, gli altri fra le vesti: lasciati in posto per due ore vennero pesati chiusi nelle scatole anzidette. Da 7 esperienze fatte con ognuno delle 4 stoffe più usuali risulta che gli abiti sul corpo in istato di riposo contengono sensibilmente meno acqua che in altre condizioni. Messi dei pezzi di flanella in diverse parti degli abiti stando all'aperto in un giorno sereno d'inverno, si potè notare che la quantità d'acqua delle vesti, aumenta di dentro in fuori, cioè di 44° °[00 del peso della stoffa sul corpo nudo a 174 °[00 all'aperto.

Se si computa l'umidità relativa nello strato d'aria immediatamente vicino al corpo durante il riposo, o durante lieve lavoro, secondo la quantità d'acqua contenuta nelle vesti, essa è di 25 a 30 °[0 sul tronco, ma aumenta fino a 43 °[0 sotto l'ascella, ed anche fino a 93 °[0 e più ancora sotto il piede. La calzatura è sempre umidissima, e di conseguenza miglior conduttrice del calorico delle vesti delle altre parti del corpo, circostanza che spiega perchè più presto sentasi freddo ai piedi.

In un quadro speciale (XV) è calcolata la quantità d'acqua igrometrica d'un intero vestiario in una camera (a + 15 C. e 47 °[0 d'umidità relativa) e fuori (a 0° C. e 85 °[0 d'umidità relativa), nello stato di riposo o durante leggiero lavoro. La differenza della quantità d'acqua indipendente

dall'influenza del corpo che avrebbe dovuto essere di 721,8 grammi è ridotta a 177,5; e però le vesti divengono cattivi conduttori del calorico e di conseguenza più *calorifici*.

Invece in un lavoro faticoso, con rapido movimento, ecc. la quantità d'acqua è aumentata, a cagione dell'evaporazione del corpo, a qualsiasi grado fino a che gli abiti divengono, per effetto della traspirazione, sede dell'acqua d'interposizione. Ciò li rende migliori conduttori del calorico e di conseguenza più freschi.

Il corpo dunque ha potere di aumentare la capacità calorica degli abiti precisamente quando questa capacità meglio conviene (stato di riposo), ma la diminuisce quando il raffreddamento è necessario (lavoro faticoso). Cessando il lavoro cessa pure il bisogno che s'aumenti il raffreddamento, nondimeno questo continua fintanto che gli abiti sono più umidi di quello che occorrerebbe per la modificazione dello stato del corpo: e quindi il rischio di buscarsi un'*infreddatura*.

La memoria del Linroth non contiene, come vedesi, che alcuni materiali per risolvere la questione sollevata, ma queste ricerche meriterebbero d'essere continuate.

III. Bull Edvard, dott. med. i Kristiania. — *Bidrag til spörgsmalet om operative indgreb ved lungesydogmeme.* (Materiali per servire allo studio della convenienza di operazioni chirurgiche nelle malattie polmonari). N. 17.

Si sa che la chirurgia in questi ultimi anni è stata sempre più chiamata ad intervenire in certi stati morbosi pertinenti alla così detta *medicina interna*. Nondimeno soltanto in pochissimi casi fu posto mente ad istituire qualche operazione per modificare le condizioni patologiche del polmone, ovvero si azzardò simile maniera di cura. L'Autore è persuaso che la medicina interna avrà conquistato un nuovo campo d'operazioni chirurgiche, quando si saranno raccolti sufficienti materiali per determinare i casi acconci alla cura anzidetta. Quale contributo per sì fatti materiali espone i casi seguenti osservati in una delle infermerie dell'ospitale di Cristiania a lui affidata.

1.° *Cangrena polmonale circoscritta — Operazione — Guarigione.*

J. E., fantesca di 23 anni, entrata nell'ospitale il 30 dicembre 1880. Nel novembre dello stesso anno aveva avuto bronchite putrida; a mezzo dicembre infiltrazione ristretta nella parte anteriore del lobo superiore del polmone sinistro. Il giorno 2 del successivo gennajo sensazione dolorosa, senza gonfiezza e rossore, nel 4.° spazio intercostale all'esterno del capezzolo. Il dì 4 spandimento nella parte inferior-posteriore della pleura sinistra: questo spandimento aumenta poco a poco di modo che, il giorno 8, la percussione dava suono ottuso in tutto lo spazio semilunare. Fatta la puntura esploratrice nel 5.° spazio intercostale sinistro della linea ascellare anteriore, uscivane siero commisto a molto sangue, in cui trovavasi assai cellule rotonde. Il 14.° dì lieve emoftisi. Il 19 notabile

diminuzione dell'umore versato nella pleura: nella parte anteriore la percussione dà suono ottuso dal margine inferiore della 2.ª costa sinistra fino alla 5.ª, fra lo sterno e l'ascella: percotendo forte nel 4.° spazio intercostale fra la linea papillare e la linea ascellare anteriore, corrispondente alla parte più sensibile, *rumore di pentola* fessa con gorgolio. Espettorazione di materia gangrenosa. Con la puntura esploratrice nella parte sensibile traesi un umore sanguigno, purulento e fetido: con l'altra invece fatta sotto l'angolo sinistro della scapola s'ha dello siero giallo e chiaro.

S'era dunque formata nella parte infiltrata del lobo sinistro superiore una cavità cangrenosa benissimo circoscritta, assai vicina alla parete toracica e attaccata a questa con parecchie aderenze. Questo trovarsi ad un tempo della cangrena polmonare con una pleurite *sierosa* dello stesso lato, è fatto importante e senza dubbio raro: di solito lo spandimento nella pleura è purulento, in queste circostanze, e se l'essudazione è sierosa, v'ha ogni ragione per credere vi siano robuste aderenze. Lo stato generale della malata essendo assai cattivo, e le probabilità di guarigione con la cura medica poco favorevoli, laddove che, a motivo dell'essere così ben circoscritto, il caso prestavasi mirabilmente ad un atto operatorio, l'Autore si decise ad aprire la cavità cangrenosa dalla parte del petto. L'operazione fu fatta più presto di quanto era stato prefisso, giacchè il dì 20 apparve sulla mammella intorno al punto in cui venne fatta la puntura esploratrice, un'infiltrazione a cui bentosto s'aggiunse un enfisema della pelle sul lato sinistro del petto fino al collo. Una puntura sotto ed esternamente alla papilla fece uscire poco pus fetido sanguigno; e dopo ciò l'enfisema diminuì. Il Bull è di parere che l'enfisema proveniva da questo che il canale prodotto dalla puntura aveva formato una fistola per mezzo della quale l'aria si era fatta strada fino nella cavità polmonare; ciò che, secondo lui, è comprovato dalla grandezza dell'enfisema e dal tempo relativamente lungo trascorso fra la puntura e il momento in cui apparve.

Una puntura esploratrice in un punto in cui non fossero state aderenze pleuritiche, avrebbe dunque potuto produrre un pio-pneumotorace. L'Autore non credette di dover procrastinare, e il 24 dello stesso mese di gennajo fece un'incisione lunga 3 centim. Posteriormente alla mammella trovossi una cavità, dalla quale furono estratte due o tre cucchiajate di pus fetido. Nell'interno di questa cavità, il cui fondo era formato dal 4.° spazio intercostale e in parte dal 3.° e dal 5.° sentivansi i battiti del cuore. Quindi con una pinzetta ottusa nel quarto spazio intercostale, immediatamente all'esterno del cuore, fecesi una apertura lunga un centimetro, dentro la quale sentivasi col dito una sostanza cellulare lacera e spugnosa. Lieve lavacro con acqua allungata con acido fenico: fognatura. Alla sera l'ammalata sputò alquanto sangue. Nè di successivi i fenomeni locali del petto e lo stato generale rapidamente migliorarono, dalla piaga usciva marcia sporca e puzzo-

lenta; dopo 3 giorni l'espettorazione divenne rara e non più fetente. Il giorno 27 i fenomeni fisici della parte anteriore del petto erano presso a poco normali; sulla superficie posteriore lo spandimento sensibilmente diminuito. Il 29 il 30 e il 1.° di febbrajo lievi emoftisi, con febbre assai gagliarda e nuovi fenomeni d'infiltrazione sulla superficie posteriore: le espettorazioni di bel nuovo fetide e sempre sanguigne fin verso la metà di febbrajo, nel qual tempo la convalescenza incominciò lenta, ma procedette sicura fino a perfetta guarigione.

Se non che potrebbesi chiedere l'operazione era proprio indicata? Spesso succede, come è noto, che una cangrena polmonare circoscritta guarisca o da sè, o con una cura media diretta ad allontanare la parte cangrenosa per la via de' bronchi; questo processo nondimeno ha grandi pericoli, la parte del tessuto gangrenato e gli umori che ne gemono potendo produrre nuovi focolaj necrotici. Questa bronchite secondaria spiega la copiosa espettorazione in una cangrena polmonare relativamente poco estesa: quando la cangrena s'apre un'uscita, la quantità dell' espettorazione diminuisce prestissimo, semplicemente perchè la bronchite secondaria migliora del pari rapidamente. Per conseguenza l'operazione è da desiderarsi dal punto di vista teorico quando sia possibile senza manifesto pericolo dell'infermo. Nel caso presente potevasi essere abbastanza sicuri che il criterio della ragionevolezza dell'atto operatorio ne'polmoni, cioè se le tuniche delle pleure tenevano aderenze nel luogo eventuale dell'operazione, era favorevole. Il differire l'operazione non avrebbe contribuito che a distruggere le forze della malata e a rendere possibile una piemia. L'Autore quindi stima che l'operazione era pienamente indicata.

Egli quindi si fa quest'altra domanda? La guarigione può essere attribuita all'operazione? Vi risponde credendo di poter esclusivamente attribuire all'aver aperto la cavità il miglioramento positivo della malata ne' primi giorni che susseguirono all' operazione. Il peggioramento che sopravvenne con emottisi e nuova infiltrazione, pose, non v'ha dubbio, la malata nel maggior pericolo; ma, quand'anche avesse finito per soccombere, il Bull, fondandosi sul miglioramento immediato dopo l'operazione, non cesserebbe dal considerarla come ben riescita. Le emottisi non sono molto rare nella cangrena polmonare; forse furono esse prodotte in questo caso dall' operazione, dalla perforazione cioè dello spazio intercostale, o, più tardi, da una lesione per colpa del tubo fognatore.

L'aderenza delle pagine della pleura ne' punti in cui deve eseguirsi l'operazione è, come si disse, fatto capitale; ma sgraziatamente non sempre se ne può fare la diagnosi: la formazione di cavità immediatamente sotto la pleura polmonale trae è vero, le più volte, una pleurite adesiva; il dolore e la sensibilità hanno una tal quale parte come segno di quest' affezione; la gonfiezza e il rossore delle tonache hanno naturalmente un'importanza anche maggiore come segni della perforazione

della pleura parietale. Il gorgoglio nella percussione ha senza dubbio un certo peso: invece il non muoversi dei lembi polmonari non importa gran che in questi casi, a motivo del limitarsi dell'aderenza e dell'essersi ridotte le escursioni nel lato offeso. Uno spandimento *sieroso* depone, come dicemmo, in favore d'un'aderenza limitata sopra una cavità.

2.° *Ascesso polmonare. — Morte in conseguenza di subitanea rottura. — Soffocazione.*

M. N. donna non maritata di 54 anni, di debole complessione, ebbe il 2 aprile 1881 una pleuro-pneumonite nel lobo inferiore del polmone destro, e quindi dopo 4 giorni infiltrazione nel lobo superiore del polmone sinistro. Il dì 13 l'espettorazione comincia ad avere odore fetido; appresso infiltrazione nel lato sinistro, mentre quella del destro è presso a poco scomparsa. Scorsa una settimana, lievi sintomi d'infiltrazione nel lobo superiore del polmone sinistro. Ai 10 di maggio l'ammalata si sveglia durante la notte con grida, tosse, e soffocazione: espettora circa 150 grammi di pus fetido, ma è soffocata, dopo un quarto d'ora, dalla marcia che penetra nelle vie respiratorie, donde le è impossibile cacciarla fuori. Nel cadavere trovossi il polmone sinistro aderente in tutta la superficie alla cavità del petto. Immediatamente sotto la pleura, e soltanto separata da essa per mezzo di sottile strato di sostanza polmonare, solida infiltrata, si scoprì una caverna fra il 1.° e il 3.° spazio intercostale, dal lembo anteriore del polmone fino alla linea ascellare anteriore: conteneva un liquido fetido, sanguigno, puriforme. Il polmone destro attaccato per ogni lato alla cavità del petto con lievi aderenze, gonfio per edema, per sangue e tutto pieno d'aria. Nella faringe, nella laringe, nella trachea e ne' grandi bronchi lo stesso umore, e abbondantemente, come nella caverna; ne' bronchi minori e nei due polmoni un liquido puriforme più tenue.

L'autopsia fece vedere del pari un ascesso polmonare nel lobo superiore, formatosi dopo una pneumonite: l'Autore fa osservare in proposito che trovavasi ad un tempo nella stessa camera e presso alla malata due casi gravissimi di pneumonite.

L'esito mortale in conseguenza della soffocazione avrebbe potuto essere impedito mediante un'operazione, che sarebbesi fatta senza il minimo pericolo, le pagine della pleura essendosi insieme attaccate, e l'ascesso trovandosi immediatamente sotto la pleura medesima. A peggio fare sarebbe rimasta una fistola polmonare permanente. L'operazione non venne fatta per due motivi, per una certa titubanza a decidersi per un'atto operativo tanto raro, e per la difficoltà della diagnosi. I sintomi fisici di caverne erano allora poco spiccati, le espettorazioni rare e poco caratteristiche, e l'autopsia fece vedere che ciò dipendeva dalla difficile comunicazione fra la cavità e le vie respiratorie, onde che la cavità stessa s'empì di pus stagnante, laddove la quantità d'aria contenuta era relativamente piccola.

Una puntura esploratrice, a cui del resto si pensava, avrebbe dato

bastevole fondamento alla diagnosi e all'operazione. Potevansi sospettare aderenze della pleura. L'Autore, tenendo conto di tutte le esposte ragioni, considera questo caso al pari del primo adatto per un'operazione.

Ei non ha trovato nella letteratura che pochissimi dati in proposito. Senza dubbio sorge una di quelle questioni che ancora non hanno eccitato l'attenzione generale de' medici; e soltanto qualche autore ha azzardato di parlare della possibilità e fors'anche dell'opportunità teorica d'un'operazione. Il Bull nondimeno è persuaso che l'avvenire confermerà il suo modo di vedere: che in molti casi non solo si può fare un'operazione, ma si ha anche il *dovere* di farla. Presentemente non è possibile formulare come si conviene le indicazioni, le controindicazioni, le complicazioni pericolose, le difficoltà tecniche, ecc., e però le osservazioni che seguono non sono dallo stesso Autore considerate che quali risultati affatto provvisorj a cui è giunto in seguito delle considerazioni che ha creduto di poter fare sui due casi da lui esposti e sulle altre notizie scarsissime del resto, che si hanno su questo soggetto.

Le alterazioni patologiche dei polmoni che possono divenire oggetto d'operazione, sono le caverne di qualsiasi specie: focolaj gangrenosi circoscritti, ascessi polmonari, dilatazioni cavernose nella tisi e broncoectasia.

Le due prime specie sono pienamente guaribili se la sostanza perduta non sia moltissima e i polmoni siano, per altri rispetti, abbastanza sani; se lo spazio cavernoso è grandissimo, bisognerà aspettarsi una fistola permanente. La vita *può*, è vero, essere conservata per moltissimo tempo, anche con vasta gangrena polmonare e con grandi ascessi, formandosi una caverna permanente e liscia, la quale separa marcia che poi viene periodicamente cacciata fuori con espettorazione. Ma pel malato è assai più da preferirsi che la caverna sia di continuo vuotata dalla parete del petto, anzichè dalle vie respiratorie per forza di accessi di tosse, e con pericolo continuo che quell' umore si scomponga. Si sa benissimo che la cangrena e gli ascessi *possono* guarire perfettamente senz'operazione; ma il Bull è persuaso che se il caso sia operabile, l'operazione per ciò stesso è indicata; più s'aspetterà, maggiormente le forze del malato diminuiranno, e sempre più il processo locale potrà allargarsi. Quand' anche l'operazione fosse seguita da esito letale più o meno tempo dopo che venne fatta, essa sarebbe pur sempre indicata per lo meno come palliativo.

Se ne' polmoni sianvi parecchi focolaj, affatto separati od invece comunicanti insieme, l'esito dipenderà dalle condizioni anatomiche d'ogni caso speciale di cui anticipatamente non può essere fatto giudizio clinico. Non pochi casi ne' quali l'operazione sarebbe assolutamente indicata saranno nulladimeno susseguiti da morte per colpa d'insufficiente soccorso: ciò devesi aver bene presente, perchè non si abbia soverchie speranze nell'operazione, e perchè non riescendo non la si respinge ingiustamente.

Le caverne per effetto di tisi e di broncoectasia daranno assai più di rado opportunità alla cura chirurgica; e del pari sarà pure in questi casi assai più difficile il determinare quand'essa cura convenga: inoltre l'esperienza qui manca del tutto. Ciò non ostante siccome in questi casi spesso v'hanno moltissime caverne, ed un'affezione costituzionale progressiva, l'aprire una o più caverne non sarà gran fatto utile, purchè non siano grandi e separate caverne con umori stagnanti, che non potrebbero essere cacciati fuori con la tosse se non con grande molestia de' malati. Nei casi di caverne tisiche rimarrà sempre, senza dubbio, una fistola permanente; in quelli di caverne broncoectasie, sarebbe possibile l'obliterazione, e quindi sicura la guarigione radicale.

Perchè una caverna polmonare di qualsiasi specie possa essere operata, dovrà essere presso la superficie del polmone; altrimenti non la si potrebbe con precisione determinare a raggiungerla senza pericolo. È pure molto importante l'aderenza delle pagine della pleura, fra la caverna e la parete del petto; ma spesso è difficilissima se non impossibile farne la diagnosi: nondimeno quell'aderenza vi sarà di solito se della malattia non sia stato troppo rapido, nè troppo violento. Nel caso il corso opposto (e principalmente quando vi sia cangrena), non vi sarà: per altro, secondo il Bull, ciò non contraddirebbe assolutamente l'operazione quando questa fosse per ogni altra ragione indicata. Questa quistione non ha d'altronde vera importanza pratica che nella gangrena, dove v'ha un pericolo nell'indugio. Crede l'Autore che bisogna aprire la parete del petto immediatamente sopra la caverna; se lo spazio pleurico si conserva, s'introduce la cannula di un trequarti nella caverna, e ve la si lascia: allora o le pagine della pleura si faranno aderenti intorno alla cannula, prima che essa possa esser tolta, ovvero i liquidi entreranno nella cavità della pleura; nel qual caso si fa una contro-apertura alla base della cavità della pleura, e si fanno injezioni antisettiche.

Quando le pagine della pleura sono aderenti, l'operazione naturalmente è semplice quanto ne' casi d'empiema. La puntura esploratrice che, di regola, sarà scevra d'ogni pericolo, può essere superflua nelle caverne, su cui non cade dubbio; nelle altre che contengono liquidi e pochissima aria è assolutamente necessaria per la diagnosi. Dalle caverne in cui v'abbia o pochissimo o punto di liquido, con la siringa aspirante non si trae che un gas con odore fetido particolare. Se si tema che non vi siano aderenze si potrebbe anche cercare di far sorgere una pleurite adesiva mediante qualche caustico, purchè l'aspettare non nuocia.

Il Bull non crede sia necessario seguire processi antisettici rigorosi durante l'operazione, posto che è impossibile d'impedire all'aria della camera di penetrare nella caverna e nella piaga per le vie del respiro. Si deve vuotare la caverna con le maggiori precauzioni, per non far nascere emorragie od irritazioni; dicasi altrettanto per il tubo fogna-

tore, specialmente nelle gangrene polmonari, dove spesso senza dubbio, come nel caso operato dall' Autore, non v' ha proprio una cavità, ma una parte del polmone più o meno mortificata e lacera. Nelle caverne più vecchie e negli ascessi v' ha invece una vera cavità in cui il tubo fognatore può convenire. La resezione delle coste sarà forse allora necessaria per mantenere aperto lo spazio intercostale, forse anche per dar luogo a che più tardi lo spazio cavernoso si restringa, analogamente a quanto suol vedersi talora nell'empiema.

La questione è tuttora nuova, ma il Bull è convinto che il formare una fistola polmonare artificiale, sebbene non sarà mai nella classe delle operazioni frequenti, a poco a poco otterrà posto conveniente nella cura delle affezioni polmonari.

V. Fürst Carl M. — *Tre fall of Mikrocefali.* (Tre casi di microcefalia). N. 18.

L' Autore descrive tre casi finora conosciuti in Isvezia. Il primo venne fatto conoscere dallo stesso Fürst insieme col dott. Sigurd Lovén alla Società d'Antropologia e di Geografia di Stockholm, e riguarda certa Maria Carlsson nata nel 1857 ed oggi ricoverata in un ospizio d' idioti a Carlskrona.

Il Lovén, medico dell' Asilo degl' idioti a Stoccolma, narra che questa donna nacque da genitori poveri, e che, abbandonata da' suoi fino al quindicesimo anno, se ne viveva co' monelli della contrada prendendo parte a' loro giuochi, alle loro scappate. Stando nell'ospizio s' è a poco a poco un tantino incivilita, e la sua mente s' è alquanto sviluppata: per esempio, sa ora occuparsi de' lavori manuali più semplici. Parla, ma in modo incoerente, ne' può prestarsi fede a quanto dice. Parlando, si vale ad un tempo de' gesti che ha imparato stando co' sordo-muti. Corre meglio che non cammini; e corre stando inclinata molto innanzi e con la testa tesa. Quando dorme, s' accovaccia e si ripiega in modo che le ginocchia le toccano il mento. Obbedisce facilmente, ed ha il sentimento del pudore femminino. Regolare la mestruazione tiene memoria delle sensazioni che dipendono dall'udito e dalla vista, ed ha certa facoltà d'associare le idee. La musica le fa piacere.

L' Autore racconta d' averla visitata per prendere le misure anatomiche della testa e del corpo. Questo è lungo in tutto 1,565 millimetri, ma il raggio verticale della testa ossia la distanza verticale del foro uditivo esterno al vertice della testa, è minore di 40 millim. alla corrispondente misura delle donne normali più piccole. Tutte le misure del cranio sono piccole, la fronte è schiacciata. La parte inferiore del volto è grandissima e le estremità sono lunghe. Ha i capelli lunghi e di color bruno chiaro; gli occhi un po' obliqui e con strabismo convergente.

Il secondo microcefalo, Carlotta Nordström, nata a Stockholm nel 1855 gracile ed esile fin dal nascere, rimase malaticcia nel crescere e presto

soggiacque ad accessi d'epilessia. Rimase per un anno e mezzo all'asilo degl' idioti, a Stockholm, ma senza che ne traesse vantaggio. Si tiene pulita e decente, non fa uso che di pochissime parole, e mai, o quasi mai, di voci astratte. Quando deve raccontare qualche cosa, raro è che le parole non le manchino ed allora finisce di discorrere agitando forte le braccia. Può copiare lo scritto, e fa calze e maglie benissimo. Ha fratelli e sorelle in condizioni regolari: essa ha ossatura grossa e robusta. Camminando spinge innanzi un lato del corpo e muovesi a sbalzi.

Viso assai largo, turgido e smorfioso: occhi obliqui, con istrabismo convergente. Grossa la pelle e come gonfia per edema: pertanto le misure prese su di essa debbono considerarsi come eccedenti di molto le misure del cranio, ciò che non è degli altri microcefali. (Vedi per le misure la memoria originale).

Emma Ris, l'ultimo de' casi descritti ,è un microcefalo interessantissimo. Le notizie intorno la sua vita furono comunicate all' Autore da J. Nordin direttore dell'ospizio di Skara nella Vestrogotia, e nel quale stanno i sordo-muti maggiori dell'età prescritta per l'educazione, e dove Emma Ris è stata qualche tempo. È nata a Vermland nel 1858. Quand'entrò nell'anzidetto ospizio non era capace di vestirsi da sè, faceva le sue occorrenze ovunque trovavasi e in qualsiasi tempo; era sporca oltre ogni credere. Laceravasi le vesti, si pungeva e tagliava senza un lamento: era assai carezzevole, nè poteva dire altra parola che *apa* (scimmia); sentiva quando le si parlava, ma non capiva. Ora disegna figure abbastanza bene per vedere ciò che debbono figurare. Dallo stare coi sordo-muti ha imparato certo *linguaggio di gesti* che le dà modo di descrivere fatti passati se le si mostra la figura d' un animale, ha la facolta d'esprimere co' gesti alcuni particolari della specie cui questo animale appartiene. Spesso ride senza motivo, e stupidamente: nondimeno ha dato prove di furberia e di malizia. Affezionata alle persone che n'hanno cura, ma di carattere violentissimo. Ha appetito eccellente e maggiore del consueto.

Stette quasi 3 mesi nell' asilo degl' idioti a Stockholm. Dalle annotazioni fatte in tale tempo, dal dottor Sigurd Lovén e dalla Baronessa Torborg direttrice dell' Asilo, appare che la Ris non ha avuto più accessi epilettici: dorme con la testa sotto le lenzuola, piegato il dorso e le ginocchia alzate verso il petto. Non avida di mangiare, ma ghiotta de' buoni cibi. Durante la dimora nell' asilo non accrebbe il suo vocabolario che della sillaba *ma*. Quando sente altri cantare, essa pure canta, ma con suono di voce affatto particolare. Si fa capire coi gesti ch' essa pure capisce: per via della pantomima può narrare lunghe storie. Mostrasi fornita di memoria ed anche d' intelligenza; e però sa ubbidire e dà segno di modestia femminile. I suoi disegni manifestano grande facoltà d' osservare e sentimento corretto della forma. Mantiene il carattere violentissimo. È piccola; alta non più di 505 millim. con lunghissime braccia: sottili le ossa delle gambe ed esili

i muscoli. Bene sviluppata nel resto. Piccolissima la testa e coperta da folta e lunga capellatura bionda. Occhi cilestri e loschi all'indentro. I muscoli delle mascelle sviluppatissimi: così pure gli altri della faccia i quali sono in continuo moto a cagione della vivace sua mimica.

VI. WORM MÜLLER. — *Menneskeurinens forhold til Kobberoxyd og kali og deraf betingède modifikationer i den Trommerske pröve.* (Rapporti dell'urina umana con l'ossido di rame e l'alcali, e modificazioni che ne conseguono nel processo di Trommer). N. 20.

L'Autore dimostra che il reattivo di Trommer sullo zucchero contenuto nell'orina incontra parecchie difficoltà:

1.° Al pari dello zucchero, l'orina ha la proprietà d'impedire la precipitazione dell'ossido di rame in un liquido alcalino;

2.° L'orina contiene materie che riducono l'ossido di rame in soluzione alcalina, anche sotto la temperatura dell'acqua bollente, cioè: l'acido urico, la creatinina (zucchero?) ed altre sostanze non ancora ben conosciute;

3.° Contiene materie che impediscono la precipitazione dell'ossido rameico, la creatinina e l'acido urico; il quale per altro non manifesta la sua azione se non quando piccola quantità di $Cu\,SO^4$. Dell'urea non occorre, dice l'Autore, occuparsene.

Qualsiasi specie d'orina avendo proprietà riducenti, la riduzione dell'ossido di rame non è caratteristica per lo zucchero contenuto nell'orina. Se si adopera una quantità sufficiente di solfato di rame, si nota visibile differenza fra l'orina del diabete e l'orina comune, perchè la maggior parte delle orina che contengono zucchero, danno, scaldate che siano, certa quantità di $Cu^2\,(OH)^2$, che resta di solito solubile nell'orina priva di zucchero. Per dimostrare la presenza dello zucchero nell'orina, bisogna dare la maggior importanza alla precipitazione di $Cu^2\,(OH)^2$, ed importa assaissimo di sapere in quali condizioni questa precipitazione può essere difatti considerata come caratteristica della presenza dello zucchero nell'orina.

L'Autore dimostra che può pure succedere la precipitazione d'idrato d'ossido di rame in orine senza zucchero, elevando, con alcali e solfato di rame, la temperatura fino fino a 80-100 gradi od anche fino a 70, e che d'altronde tutto l'idrato d'ossido di rame può rimanere in soluzione nell'orina che contiene zucchero, se si aggiunge una quantità insufficiente di solfato di rame. Una lunga serie d'esperienze dimostra che nel processo di Trommer non bisogna spingere la temperatura oltre i 70 gradi circa, e che non si deve aggiungere nè troppo poco nè soverchiamente solfato di rame, di guisa che per giungere alla quantità conveniente, occorre fare parecchi saggi con proporzioni di solfato di rame gradatamente aumentato. Se si ha questa precauzione l'esperienza finirà per dare tal grado di precisione che si potrà valutare nell'orina fino a 0,025 0[0 di zucchero. Ciò risulta da una serie di prove per le quali

l'Autore ha adoprato 5 centim. cubici d'orina con diverse quantità d zucchero (0,1-0,25 0[0]), 1-3 centim. cub. d'una soluzione di solfato d rame (2,5 0[0]), e 2-3 centim. cub. d'alcali (soda): avvertendo che 5,6 0[0] di potassa corrispondono a 4,0 0[0] di soda. In ognuno di questi saggi v'ebbe sempre precipitazione di $Cu^2 (OH)^2$ a circa 70 gradi adoprando il bagno maria, od altro processo più facile suggerito dall'Autore (Vedi la memoria originale).

Ma si è in pari tempo notato che anche nelle orine normali, può prodursi un deposito date certe circostanze, di guisa che il processo non può essere considerato come concludente. La sostanza riducente la cui influenza si manifestava allora, non era l'acido urico, perchè la reazione persisteva senza variazione, anche se si scacciava con l'acido muriatico. Neppur era verisimilmente la creatinina, perchè queste orine alla temperatura dell'acqua bollente, riducevano l'ossido di bismuto in un miscuglio alcalino. Il fatto che nè anche il glucosio v'ha parte è provato da ciò che la reazione continuava non ostante la fermentazione. Bisogna dunque ammettere sianvi sostanze riducenti ignote, che, al pari dello zucchero, anneriscono l'ossido di bismuto in una soluzione alcalina e mettono ostacoli alla sicurezza del processo di Trommer per accertare che lo zucchero si trovi nelle orine.

VII. Friis, Dr. pr. Läge. — *Bidrag til Bedömmelsen af de medicinske Forhold hos de gamle Ægyptere.* (Informazioni per valutare la scienza medica presso gli antichi Egiziani). N. 19, 23.

Dopo alcune osservazioni preliminari sull'antica razza egiziana, l'Autore tratta il soggetto nei dieci capitoli seguenti:

1.° L'Igiene. Gli egiziani amavano molto la nettezza; si lavavano e si bagnavano più volte al giorno, si radevano i capelli e la barba ed avevano adottato la circoncisione.

2.° Le pratiche divote quotidiane ritraevano non solo dalla religione ma anche dall'igiene.

3.° Gli egiziani si davano ad esercizj corporei, ma non si saprebbe dire in quale misura.

4.° Vivevano soprattutto di vegetali (cereali, frutta, radici, ecc.), ma anche la carne degli animali addomesticati e selvatici (i pesci fra gli altri) faceva parte del loro vitto ordinarie; nullameno non osavano punto di mangiare di tutte le sorta di animali indifferentemente.

Avevano per bevande principali l'acqua, la birra ed il vino.

5.° I medici appartenevano alla casta dei preti; essi coltivavano la loro arte come una scienza e godevano grande stima in patria e fuori.

6.° Le loro cognizioni anatomiche erano assai meschine.

7.° Il medico e lo scongiuratore esercitavano il loro mestiere in compagnia e si citano più formole di esorcismo.

8.° Un estratto del grande papiro Ebers con parecchie osservazioni esplicative e critiche è messo a parallelo con passi di Autori greci e romani.

9.° Le malattie degli occhi, della pelle e del ventre erano le più frequenti; ma si possono scorgere indizj anche di altre. Sembra perfino che la sifilide fosse già conosciuta nell'antico Egitto.

10.° Diversi i metodi d'imbalsamare: le persone che esercitavano quest'arte tenevano un posto distinto.

VIII. Bruzelius Ragnar, Prof. i Stockholm. — *Om Erythema uraemicum.* (Sull'eritema uremico). N. 24.

È noto come la pelle in varii modi si alteri nel corso della nefrite cronica. Nondimeno parecchi Autori che si sono occupati di questa malattia, tacciono affatto di coteste affezioni; altri le ricordano sì, ma nel modo più succinto: tali sono, i casi di Rayer, Frerichs, Johnson, Rosenstein e Bartels. Tutti gli Autori hanno messo queste affezioni cutanee in connessione colla distensione idropica della pelle, e Frerichs solo aggiunge che esse sono probabilmente dovute alla medesima causa che quella del processo d'essudazione nelle parti interne, forse anche alla trasformazione in ammoniaca dell'urea contenuta nel liquido del tessuto cellulare sottocutaneo.

Il Bruzelius ebbe più di una volta occasione di notare nella nefrite cronica le modificazioni erisipelatose e gangrenose della pelle che altri Autori citano e che erano state evidentemente provocate dall'edema. Ma, oltre queste affezioni, egli ha osservato, nel corso di questa malattia, un'affezione cutanea tutta particolare che non è stata punto descritta precedentemente ed alla quale dà il nome di *Eritema uremico.* Di solito quest'eruzione si presenta subito alle giunture delle mani, ma può anche cominciare in altri punti. Si formano delle macchie grosse come lenticchie, od anche molto più grandi, di colore rosso-chiaro, che scompajono nel premerle e si elevano poco o punto al di sopra della pelle: generalmente liscie, rassomigliano ad un eritema. Frequentemente si presentano simultaneamente sopra altri punti delle grandi chiazze di colore rosso-chiaro, con fina granulazione consimile ad eczema papuloso. Queste macchie si estendono a poco a poco su parti sempre più grandi, poi finiscono per confluire di guisa che tutta la superficie del corpo può essere compresa dall'eruzione e prendere un colore fosco, rosso e uniforme. A questo stadio la malattia tiene sorprendente somiglianza con una scarlattina intensa nel maggior culmine. Talora l'epidermide si solleva in vescicole più o meno grandi piene di umore sieroso.

Di solito le lesioni sono eguali nelle estremità tanto nella direzione dell'estensione quanto nell'altra della flessione; nondimeno le pieghe, dove le parti si flettono, hanno di regola un colore meno intenso che altrove; anzi talora non hanno verun all'eruzione, nel che la malattia differisce notevolmente dall'eczema. Per lo più v'ha certo prurito, ma quasi sempre molto meno intenso che nell'eczema.

Quando più presto, quando più tardi sussegue la desquammazione in

lamelle epidermiche più o meno grandi. Su qualche punto, alle dita, per es., l'epidermide si distacca in larghe falde.

Durante il processo di desquammazione si formano di tratto in tratto delle ragadi da cui stilla un umore sieroso o sanguinolento.

Bisogna guardarsi dal confondere questa affezione cutanea coll'eritema e coll'erisipela che seguono alla distensione idropica della pelle. Il rossore in questo ultimo caso appare come transizione più diffusa al color normale della pelle e spesso ha certa lucentezza; nè mai in seguito s'estende quanto l'eritema uremico, cioè non invade punto tutta la superficie del corpo. Tutt'al più appare dapprima sui punti ove la distensione idropica fu maggiore, per es., alle estremità inferiori, od anche comincia sotto forma d'intertrigine.

L'eritema uremico invece non tiene evidentemente alcuna dipendenza dall'idropisia. Sorge di frequente nei casi in cui non si ebbe mai edema o in quelli in cui questo fu talmente lieve che è assolutamente impossibile ammettere che la distensione della pelle abbia provocato l'eritema. Il Bruzelius del resto ha notato che le forme più intense di questa eruzione non si sono presentate che allorquando tutti i sintomi dell'idropisia erano interamente scomparsi.

Le eruzioni cutanee dipendenti dall'idropisia sopravvengono quando questa è arrivata al suo acme, ma spesso s'osservano senza che v'abbiano sintomi d'uremia.

L'Autore per l'opposto non ha mai veduto l'eritema uremico presentarsi senza che si abbiano avuti i sintomi uremici simultanei coll'affezione o anteriori a questa, ciò che è il caso più frequente. Egli quindi connette positivamente quest' eruzione coll' uremia e la chiama *uremica.*

L'eritema uremico non segue punto un decorso determinato. Si sviluppa più o meno lentamente e dura d'ordinario qualche settimana. — Bisogna dunque considerarne l'apparizione come un cattivissimo segno dal punto di vista pronostico.

Nessuno dei casi nei quali l'eruzione fu caratteristica non è stato seguito di miglioramento. L'esito fu sempre fatale.

L'eritema uremico si distingue dall'eritema multiforme in questo che le macchie non sono punto limitate e che presentano talora l'aspetto di granulazioni fine.

La desquammazione è infinitamente maggiore e non può paragonarsi che con quella che si presenta nella scarlattina o in certe forme d'eczema. L'eritema uremico differisce a sua volta essenzialmente da quest'ultima malattia in questo che il prurito è molto più mite, e che inoltre le pieghe dove le parti si flettono sono meno offese se non integre affatto.

L'essudazione cutanea che si presenta talora nell'eritema uremico è assai minore che nell'eczema e non si osservano vescicole che eccezionalmente. Del pari la formazione di croste è assai più piccola che quella che si vede nell'eczema.

Il Bruzelius espone tre osservazioni quali esempj di quest' affezione cutanea.

IX. Holm N. Dr. med. i Kiöbenhavn. — *Om tildigt opkrädende ulcerative Syfilider*. (Delle sifilidi ulcerose precoci). N. 25.

L' Autore ha raccolto, nella 4.ª divisione dell' Ospitale Comunale di Copenaghen (di cui è capo medico il dott. Engested), 24 casi di sifilidi ulcerose precoci, curate nel decennio 1870-1879: formano esse la base principale di questo lavoro.

Tali lesioni possono presentarsi subito dopo l'apparizione dell'ulcera quale prima eruzione della pelle, ovvero in seguito a casi leggieri di natura ordinaria. Si può dunque distinguere con Guibout la *sifilide maligna primitiva o precoce* e la *sifilide maligna tardiva o consecutiva.* Della prima forma non si ebbero che cinque casi nel suddetto Ospitale durante il tempo sovrindicato. È impossibile pensare alla sifilide maligna nè per la durata dell'incubazione, nè per la natura e i limiti dell'ulcera, nè infine per la qualità dei prodromi. L' efflorescenza appare al più tardi due mesi dopo l'ulcera, talora quasi immediatamente, sotto forma di papule disseminate, di pustole, di bolle o di tubercoli sopra quasi tutto il corpo, che si esulcerano e si essicano rapidamente con croste, sotto le forme d'impetigine, di ectima o di rupia grandi da un pisello fino a un pezzo di due corone (dimensioni dell'antico scudo di 3 lire di Francia) e più ancora.

Di solito la faccia e la parte alta della testa sono prima offese, ma le altre regioni seguono tosto. Nuove ulcerazioni si sviluppano a lato delle antiche e questo può continuare così più mesi non ostante il trattamento più energico. D'ordinario lo stato generale è cattivo assai con grande debolezza, dimagramento rapido, disordini gastrici, aspetto anemico, stupido o patito, con accessi di febbre e di cefalalgie violenti. Simultaneamente colle ulcerazioni della pelle si presentano altri sintomi costituzionali: papule, pustole, ulcerazioni delle mucose, affezioni delle ossa e del sistema nervoso centrale, ecc. La sifilide maligna primitiva non cede alla cura che molto e molto lentamente, e la morte è assai spesso il seguito di affezioni viscerali. (Essa avvenne in due dei predetti 5 malati dai 10 ai 20 mesi dopo l'infezione). Questa circostanza, aggiunta alle osservazioni di Boeck e di Dubuc permette di ammettere che la sifilide acutissima è susseguita da mortalità maggiore di molto di quella della sifilide ordinaria.

La forma tardiva è meno atipica, essendo qui l' ulcera seguita da leggieri eruzioni secondarie della specie comune, quali delle sifilidi in forma di chiazze, di papule e di pustole, massime poco tempo dopo ad efflorescenze eruttive, senza che tuttavia lo stato generale peggiori si costantemente come nella prima forma. Nei 19 casi dell'Ospitale Comunale le ulcerazioni erano apparse da 3 a 6 mesi dopo l' infezione ed all'opposto di quelle che accompagnano la sifilide maligna primitiva,

si erano durante questo tempo aggruppate o confinate in certe regioni.

Concordavano del resto colle prime dal punto di vista dello sviluppo e dell'andamento, ma erano meno ribelli alla cura antisiflitica e non sembrava avessero così grande tendenza a recidivare. Le sifilidi ulcerose erano in pari tempo accompagnate da affezioni secondarie e terziarie nella medesima guisa che nella sifilide primitiva di rapido corso.

Qui non si ebbe che un sol caso di morte tra i 19 malati e la prognosi e in generale migliore per la forma tardiva.

Quanto all'eziologia, è appena possibile il dubitare che la predisposizione degli individui al contagio e le condizioni igieniche nelle quali essi vivono, ecc., non rappresentino una parte più o meno considerevole; bisogna ammettere inoltre l'esistenza d'una predisposizione interna quando si vedono delle sifilidi maligne attaccare soggetti che vivono in condizioni favorevoli. La supposizione che il contagio posseda certe particolarità qualitative perde probabilità per il fatto che la donna sifilitica può comunicare ad un tempo una sifilide benigna ed una maligna, di modo che è stato possibile per mezzo di confronti trovare in una sifilide ordinaria l'origine d'una sifilide maligna. Le osservazioni fatte nell'Ospedale Comunale sono di natura da far nascere dei dubbii nell'ammettere che l'ulcera fagedenica disponga allo sviluppo della sifilide maligna (Bassereau, Bazin, Dubuc); l'esperienza di Boeck pare contraddica pure a quest'opiniene.

Gli uomini sono più di frequente colpiti che le donne, ed all'Ospitale le sifilidi ulcerose precoci erano frequenti in malati che avevano passata la giovinezza.

Risulta da una piccola statistica sulle emiplegie precoci, sulle formazioni gommose e sulle malattie delle ossa, cioè su tutte le affezioni maligne precoci, che queste affezioni possono essere del tutto considerate come assai frequenti negli attempati.

La diagnosi dà luogo di rado a difficoltà soprattutto quando esiste un sintomo iniziale.

La confusione col vajolo è possibile quando la sifilide ha cominciato con numerose pustole sparse su tutto il corpo e con una febbre ardita.

La differenza caratteristica in questo caso è che l'efflorescenza vajolosa è più omogenea nel suo aspetto esterno, che essa fa irruzione in una sol volta, che le croste si formano un po'più tardi e che la depressione centrale manca nella sifilide; il vajolo ha un decorso acuto e tipico.

È possibile scambiarla colla rogna e colla ftiriasi quando queste durino da molto tempo ed abbiano prodotto quindi moltissime ulcerazioni crostose della pelle, nello stesso tempo che il malato ha aspetto cachettico per effetto della miseria o del non poter dormire a cagione del prurito. Occorre ricordare che il prurito manca od è lievissimo nella sifilide; in oltre l'eczema e la prurigine della pelle condurranno

sulla vera via, fino a che la scoperta dei parassiti tolga ogni dubbio sulla natura della malattia.

La lebbra ed il lupus sono in generale malattie croniche si spiccate che un errore diagnostico è appena possibile, e l'efficacia della cura antisifilitica fornirà in ogni caso un buon segno distintivo.

La cura antisifilitica è difficile nella sifilide primitiva, di corso rapido, poichè dev'essere continuata per molto tempo e lo stato generale del malato può controindicare l'uso di mezzi specifici.

Allora varranno i febbrifughi e i corroboranti. All'Ospitale le unzioni hanno dato talora buon risultato; in altre occasioni parve più vantaggioso il combinarle con una mistura di joduro di potassio e di medicamenti corroboranti. Quando, dopo una cura di più settimane od anche di più mesi, non si ottiene punto palese miglioramento e che nuove ulcerazioni ripullulano, si deve, se è possibile, togliere il malato dalla casa o dall'ospedale ed inviarlo alla campagna o fargli prendere dei bagni di mare. Si ottennero ottimi effetti con queste misure presso un malato di cui l'Autore dà la relazione.

Bisogna tenersi sull'aspettativa riguardo all'efflorescenza mentre essa forma una crosta secca, costituendo questa un elemento protettore per le ulcerazioni senza ritardare il corse della guarigione. È solamente riguardo alla faccia che può essere indicato di levare le croste, poichè una cura capace di produrre una leggiera irritazione (per es., applicando con un pennello una soluzione di azotato d'argento, o servendosi di *ung. fuscum*), può dar origine a granulazioni abbondanti, ciò che impedisce alle cicatrici di divenire profonde e deformanti.

Al principio della malattia non si impiegheranno che di rado i bagni caldi, soffrendone il malato e divenendo l'ulcerazione più dolorosa quando le croste sono continuamente tolte. La cura delle ulcerazioni e delle cicatrici procederà, del resto, secondo le regole ordinarie: quella della *sifilide galoppante tardiva* è più facile e dà migliori risultati. Nell'ospedale si fece la cura mista col maggior vantaggio: di 9 malati, 6 uscirono perfettamente guariti, e 3 quasi guariti; quando non si impiegò che l'uno dei rimedii, l'effetto fu più lento e meno sicuro: di 10 malati, 2 ottennero perfetta guarigione, 2 furono sensibilmente migliorati, per 5 i risultati della cura furono nulli, uno morì di tisi polmonare ed aveva sofferto inoltre una gonfiezza considerevole del fegato e della milza. (Non si fecero autopsie).

Di 5 malati con *sifilide galoppante primitiva* 2 morirono, come fu detto (l'uno per affezione cerebrale specifica, l'altro per un ascesso nella regione lombare prodotto da osteite della cresta illaca, per tumore della milza, per pleurite sinistra e per edema polmonare), due guarirono intieramente (l'uno però solo dopo due anni di cura continua) ed uno andò via senza esser migliorato.

X. Odenius M. W. Prof. i Lund. — *Om Kancer cellernast infections förmoga.* (Sulla proprietà infettiva delle cellule cancerose). N. 26.

Il lavoro del prof. Odenius comincia con una introduzione che dà un cenno delle nuove opinioni relative da un lato l'origine delle cellule cancerose; dall'altro la crescenza dei tumori cancerosi, compresavi la questione delle loro proprietà infettive. Riguardo al primo punto l'Autore si attiene all'opinione di Waldeyer; pel secondo indica la proliferazione propria degli elementi dei tumori, ma chiama nello stesso tempo l'attenzione sulla probabile esistenza d'una formazione cancerosa primitiva continua, esistenza che egli ammette tanto *a priori*, quanto fondandosi su certi casi di cancro primitivo del ventricolo e del fegato. Quanto alla potenza del cancro di produrre un'infezione epiteliale, bisogna distinguere, rispetto al terreno di questa infezione, tra l'infezione del tessuto cellulare così discussa, e l'infezione ancora poco studiata dei veri epiteliomi. Nonostante tutto quello che è stato annunciato pro o contro l'infezione del tessuto cellulare, è impossibile di dire che questa infezione sia stata definitivamente confutata o provata. È invece possibile di determinare con assai maggiore sicurezza un'affezione cancerosa degli epitelj sotto l'influenza di circostanze favorevoli, e l'Autore, avendo trovato in un cancro infiltrato secondario del fegato un'infezione simile colle altre modificazioni importanti delle cellule di quest'organo, porge una descrizione più particoleggiata di tale caso.

K. K., celibe, di 49 anni, fu ammessa all'Ospedale di Lund (Scania) il 28 settembre 1879. Diagnosi: *cancro della mammella.* Da circa un anno e mezzo v'era un gran tumore ulcerato nella mammella destra, ed erano sopravvenuti dei tumori secondarii nell'ascella, nel collo e così in altre parti del corpo. Moriva l'infelice il 12 ottobre dello stesso anno per emorragia proveniente da un'ulcera del ventricolo. L'autossia scopriva numerosi tumori nella pleura costale sinistra, ma soprattutto nella pleura frenica, e parimente dei depositi di tumori nella pleura polmonare e nel tessuto cellulare peri-bronchiale. Nella cavità addominale si vide un piccolo tumore nel rene sinistro ed un'infiltrazione cancerosa omogenea di tutto il fegato, il quale pur conservando la sua forma era solido ed elastico alla pressione e pesava 1,700 grammi.

La superficie, senza veruna aderenza, presentava ineguaglianze fine, irregolari e rassomigliava ad una cirrosi del fegato.

Il colore tanto della superficie quanto del taglio, era irregolarmente screziato su d'un fondo bigio, formato dalla massa morbosa, sul quale apparivano piccoli punti bruni, della sostanza del fegato rimasta sana. De' rami tagliati della vena porta si mostravano pieni di trombi cancerosi. In veruna parte il colore della bile; la cistifellea, piccola conteneva poca bile nera, e sulla parete qualche piccolo tumore. Le grandi vie biliari così come le ghiandole linfatiche non avevano punto subito alterazione sensibile.

L'esame microscopico fa vedere che i tumori, tanto primarii quanto

secondarii, debbono essere attribuiti a cancro semplice, con stroma ben sviluppato di tessuto cellulare e tendenza all'atrofia delle cellule cancerose. In queste nulla di notabile, eccetto l'essere scolorato per modo che si distinguono senza fatica dalle cellule del fegato. Gli alveoli relativamente piccoli e dappertutto i capillari pieni di cellule cancerose di modo che i cilindri cancerosi erano limitati per molta parte dalla parete capillare più o meno dilatata e da essi di frequente perforata.

Si dimostra ugualmente, con piena evidenza che lo stroma canceroso esce, almeno per la maggior parte, dal tessuto cellulare del fegato e come sembra anche dalle altre parti eccetto che dalle cellule parenchimatose stesse.

Per ciò che concerne il modo con cui si comportano le cellule nella regione limitrofa tra i due tessuti, cioè nel perimetro dell'azione cancerosa, si osserva da un lato una distruzione molto estesa delle cellule, e dall'altro delle modificazioni che non possono essere spiegate che come un passaggio reale in elementi cancerosi.

La distruzione può essere confermata su molti punti come un'atrofia da pressione semplice, con estensione uniforme; in altre parti, al contrario, appare sotto tutt'altra forma che indicava un'azione dissolvente diretta prodotta dalle cellule cancerose. In fatti dove queste cellule entrano in contatto immediato colle cellule del fegato, si trova assai spesso in queste ultime delle cavità o lacune irregolarmente dilatate, spesso riempite di cellule cancerose di una forma corrispondente.

Può risultarne la scomparsa d'una parte considerevole della cellula del fegato di guisa che non ne resti più che un piccolo frammento dentellato, senz'altra alterazione sensibile che, tutt'al più, un certo pallore del protoplasma in vicinanza immediata della lacuna. Questa dissoluzione o corrosione corrisponde così da vicino, in tutte le sue parti essenziali, alla mutazione osservata in simili circostanze da Volkmann nelle fibre muscolari striate, che vi si deve vedere il medesimo processo identico; onde che l'Autore ha adottato la denominazione di Volkmann: « *logorio* o *dissoluzione lacunare*. » Del resto diverse circostanze rendono probabile che questa distruzione attiva si estenda infinitamente più lungi che il logorio lacunare non l'indichi direttamente. L'agente attivo in questo processo si compone probabilmente di materie che operano chimicamente e partono da cellule cancerose, di guisa che si potrebbe vedere una specie di digestione nella dissoluzione suddetta. Nella *trasformazione* delle cellule del fegato in cellule cancerose si vede tutt'altro. I caratteri delle due specie di cellule confluiscono l'uno nell'altro così bene che è talvolta impossibile di segnare un limite preciso tra i due tessuti. Si riesce, con un esame più minuto, a vedere delle trabecole cellulari di cui l'una delle estremità si continua col parenchima del fegato, e si compone di cellule del fegato caratteristiche, mentre l'altra è trasformata in tes-

suto carcinomatoso e presenta delle cellule cancerose sulla natura delle quali è impossibile d'ingannarsi. La serie di queste forme di transizione nelle trabecole cellulari è in generale molto breve e limitata ad un seguito di 4-6 cellule.

La trasformazione pare succeda in modo che il protoplasma delle cellule diviene meno granuloso, più chiaro e più pallido, tanto che i nuclei si mostrano molto più distintamente che nelle cellule normali. Le cellule confinanti hanno in generale una grandezza un po' minore ed una forma più irregolare e vi si osserva inoltre una segmentazione dei nuclei, di guisa che è possibile inferirne la presenza d'una proliferazione, quantunque relativamente poco manifesta, come il segno d'un passo decisivo verso la trasformazione delle cellule.

L'Autore tratta quindi, come connessa, la quistione della cachessia cancerosa che egli considera, abbracciando in parte l'opinione di Rindfleisch, come prodotta dalle materie nocive che passano dal tumore nella circolazione; egli dà a questo riguardo un'importanza speciale alle modificazioni qualitative degli epiteliomi, modificazioni nelle quali si vede la causa del passaggio da questi ultimi allo stato di cellule cancerose. Bisogna forse aggiungervi anche i prodotti della distruzione successiva dei tessuti.

Le ricerche dell'Autore conducono quindi a credere che le cellule cancerose costituiscono l'elemento dominante del tumore, che esse hanno la facoltà di un aumento illimitato e per questo portano un effetto meccanico sulle parti vicine. Ma esse possedono inoltre, come segno distintivo, il potere d'infettare, da un lato, altri elementi epiteliali (fors'anche quelli appartenenti al tessuto connettivo) e dall'altro di sciogliere e di distruggere le differenti specie di tessuti che esse incontrano, per mezzo d'un agente proveniente da esse e di cui l'azione è, assai probabilmente, di natura puramente chimica. Queste proprietà spiegano il fatto clinico più spiccato del cancro, il suo decorso che nulla può arrestare rispetto ad altri tessuti, ed esse sembrano dipendere da un'alterazione qualitativa più o meno profonda, del pervertimento cioè delle proprietà normali delle cellule epiteliali donde parte la formazione cancerosa.

L'energia chimica potente delle cellule madri passa, quantunque sotto una forma patologica modificata, nelle loro discendenti, le cellule cancerose, e si palesa quindi per le sue tendenze ostili al resto dell'organismo, come la causa esenziale della malignità del cancro.

L'Odenius scende in seguito ad un breve esame della posizione delle nuove teorie riguardo alle proprietà cliniche del cancro ed alla spiegazione di queste proprietà. Nè l'ipotesi che pone la natura del cancro in un disordine dei rapporti tra l'epitelio ed il tessuto cellulare, nè quella di Waldeyer che dà l'atipia come una causa della malignità sembrano soddisfacenti a questo riguardo, la proliferazione epiteliale eccessiva, pure atipica, non potendo, in presenza dei risultati del-

l'esperienza, essere considerata come fornita d'una malignità qualunque.

Si potrà forse dire piuttosto, e con più ragione, che la formazione epiteliale cancerosa non rispetta nessun limite, che essa si presenta come atipica principalmente per la ragione che gli elementi sono dotati di proprietà maligne. In fine, Cohnheim fa dipendere il decorso benigno o maligno, non dalle proprietà dei tumori stessi, ma da ciò che egli designa come la « soppressione delle resistenze fisiologiche » (*ein Wegfall der physiologischen Widerstände*) presso l'organismo intiero. Il prof. Odenius fa molte obbiezioni contro il valore generico di queste determinazioni, non contestando per altro in verun modo l'influenza delle cause generali; ma in conformità al suo modo di vedere più sopra esposto, l'Autore inclina a riconoscere la loro importanza solo in questo riguardo, che esse contribuiscono in un grado più o meno grande alla formazione delle alterazioni qualitative delle cellule epiteliali, alterazioni considerate come caratteri utili al passaggio di queste cellule allo stato di cellule cancerose.

L'Autore ha in fine qualche parola sulle proprietà cliniche del sarcoma, e ne attribuisce la malignità a modificazioni qualitative delle cellule appartenenti ai tessuti rispettivi da cui proviene. Ma pel sarcoma, come proveniente dai tessuti di sostanza connettiva più indifferente, non possono convenire le regole delle proprietà distruttive così palesi come pel cancro.

L'Odenius indica in seguito il fatto che un tumore di tessuto di sostanza connettiva passa talora ad un sarcoma puro, dando come origine a metastasi che ritornano in seguito in forma più o mene completa al tipo del tumore primitivo. Sembra che questo *anello sarcomatico* intercalato rappresenti una parte molto importante nella metastasi dei tumori dei tessuti di sostanza connettiva e sia] esso che forse provoca in realtà questa metastasi, costituendo la forma sotto la quale questi tumori manifestano proprietà sufficientemente attive per produrre delle metastasi.

In tutti i punti nei quali, come è sovente il caso, questo anello intermedio è scomparso, ed ove non restano più che i due punti terminali della catena, il tumore primitivo ed il tumore metastatico, con un tipo ad una struttura concordanti, si può facilmente essere sedotti ad ammettere che la metastasi è immediatamente sortita dal tumore primitivo come tale, senza aver modificata la sua struttura istologica.

Sarà, del resto, possibilissimo che i casi osservati recentemente di tumori di differenti specie, considerati fin qui perfettamente benigni, e che nondimeno avevano prodotto delle metastasi, trovino in più minuto esame la loro spiegazione secondo il concetto indicato più sopra. Ma il sarcoma potendo presentarsi come formazione transitoria ad un certo grado con un ritorno più o meno completo al carattere istologico originale, la sua posizione come tipo di tumore indipendente sembra essere

qualche poco modificata; in un certo numero di casi, almeno, esso appare piuttosto come una forma comune alla maggior parte dei tessuti di sostanza connettiva e sotto la quale apparirebbero le modificazioni particolari che queste sostanze subirebbero.

XI. Nicolaysen. I. Prof. Kristiania. — *Carcinoma pylori*, *resectio pylori*; *död.* (Carcinoma del piloro; resezione dell'organo malato; morte) N.° 27.

La malata, donna di 37 anni, che aveva goduto buona salute insino a nove mesi innanzi, cominciò allora a soffrire sintomi sempre crescenti di restringimento del piloro e di dilatazione del ventricolo.

Quando entrò nell'Ospitale dello Stato (a Cristiania) il 12 marzo 1881, era oltremodo magra e sì debole che poteva appena tenersi in piedi. Dopochè fu votato il ventricolo per mezzo dell'antlia gastrica, il tumore ed il ventricolo si mostrarono con tale evidenza da potervi essere il dubbio sulla diagnosi. Il tumore era talmente mobile che ogni presunzione di attacchi poteva essere esclusa. La malata era dispostissima a sottomettersi ad un' operazione, quantunque fosse stata ben avvertita del pericolo.

Essa pativa tanto da capire benissimo che non avrebbe potuto vivere più a lungo altrimenti.

L'operazione venne fatta il 17 marzo, dopo che il ventricolo fu lavato con una soluzione di 2 p. 100 di acido borico. Dato il cloroformio, parallelamente al margine costale destro e 3-4 centimetri sotto di esso, fu fatta, trasversalmente al tumore, un' incisione di 10 centimetri.

La parte pilorica col tumore fu sollevata in fuori della cavità ventrale mercè dei due indici. Il grande ed il piccolo epiploon furono legati con doppio giro di lacci, poscia tagliati, dopo di che si recise il ventricolo ad un centimetro a sinistra del tumore; i vasi sanguigni furono legati, e lo stomaco pulito con una spugna dalle mucosità e dagli avanzi del cibo. In seguito si tagliò il duodeno, e si fecero attraverso le labbra dell'incisione, sei suture doppie mercè delle quali si ritenne l'intestino al di sopra della ferita ventrale. Si riunì allora la grande incisione obliqua dello stomaco quanto occorreva perchè si avesse al di sopra lo spazio sufficiente per invaginare il duodeno. I margini furono ripiegati entro il ventricolo; la parte cucita fu del pari rivolta all'interno, per modo che soltanto le superficie peritoneali si trovassero poste l'una contro l'altra, e i margini del ventricolo furono fermati in questa posizione mercè di numerose suture, le quali non passavano che per la tunica muscolare e la peritoneale; quindi le sei suture furono condotte nell'apertura lasciata nello stomaco in modo che qui pure le superficie peritoneali entrassero solo in mutuo contatto e si fece esternamente una serie di suture attraverso il peritoneo e la muscolare del duodeno e del ventricolo. Durante l'opera-

zione, un liquido di color bilioso ripassa il duodeno e ne cola un poco sulla superficie peritoneale dell'intestino, la quale fu immediatamente nettata per mezzo d'una spugna disinfettata. Durante l'operazione non si ebbero vomiti che una o due volte.

Il polso era nel medesimo tempo si debole che si dovettero fare a più riprese delle injezioni sottocutanee di etere.

Dopo l'operazione la malata era molto affievolita, ma non soffriva punto dolori. Si fecero nel corso della giornata delle injezioni ripetute di succo di carne e di vino pel retto, ma essa le ritenne appena qualche istante. Injezioni sottocutanee di etere e pillole di ghiaccio furono del resto i rimedii usati. Alla sera molto tardi la malata senti un istante all'epigastrio dolori acuti che tuttavia cessarono tosto; indebolitasi sempre più e la morte sopravvenne 15 ore e $^1/_2$ dopo l'operazione.

L'autopsia mostrò appena traccie di infiammazione: nessun accumulo di liquidi, e il ventricolo tolto fuori non lascia uscire dell'acqua che dentro vi è versata se non qualche goccia al di sotto del punto ove il duodeno era invaginato.

Per le suture e le legature si adoprò del catgut, materia che, secondo l'Autore doveva essere sostituita dalla seta carbolica (per es., quella di Czerny), la quale non si rompe e della quale i nodi non si staccano, come avvenne in una delle suture.

La malata era già affamata ed oltremodo indebolita prima dell'operazione, e non essendo stato possibile di farle trattenere nei clisteri nutritivi, v'hanno buonissime ragioni per ammettere che la causa principale della morte fu l'inanizione.

XII. Kiellberg Adolph, Prof. i Stockholm. — *Tetani hos ett 4 års barn.* (Tetano in un fanciullo di 4 anni). N. 28.

L'Autore riferisce il caso di tetano in un bambino di 4 anni; caso che si distingue dalla massima parte degli altri, per ciò che lo spasmo investì dapprima e maggiormente le estremità inferiori e non le superiori e in esse durò più a lungo.

Solamente quando le contrazioni erano molto violenti, oltre i muscoli delle estremità inferiori, erano investiti anche quelli della nuca e del dorso ed in fine gli altri delle estremità superiori; le mani siccome le braccia prendevano allora le posizioni caratteristiche del tetano. Quando gli accessi finivano, le braccia erano sempre le prime a riprendere lo stato naturale. La pressione sui nervi o sulle arterie del braccio non riuscì mai ad eccitare accessi, ed invece la pressione sull'arteria femorale fu quasi immediatamente seguita da contrazioni nelle estremità inferiori.

Questi accessi duravano 2-3 minuti dopo che la pressione era cessata. Accessi insorgevano quando il fanciullo si alzava nel letto in modo che la punta delle dita dei piedi toccasse il materasso. Gli accessi spontanei duravano da 3-10 minuti: erano accompagnati da dolori, ed

assalivano il più spesso senza causa apparente, talora dopo una emozione e principalmente quando il bambino stava per addormentarsi. Era impossibile di scoprire dei punti dolorosi nella colonna vertebrale od altrove. L'irritabilità dei muscoli all'elettricità era considerevolmente aumentata. Non si presentò nel corso della malattia alcun aumento di temperatura. La causa della malattia deve attribuirsi ad un raffreddamento, perciocchè il fanciullo, tre settimane prima essendo caduto nell'acqua, rimase, come fu tratto fuori dal bagno involontario, coricato più ore con gli abiti bagnati in un ufficio di polizia.

La malattia durò quasi 2 mesi, ma pienamente guarì. La cura fu di bagni caldi e di cloralio internamente. Riguardo al quale rimedio l'Autore dice che gli parve avere azione decisamente benefica.

XIII. Idem. — *Fall af atropinförgiftning hos ett 7 års gammalt barn.* (Caso di avvelenamento per atropina in un fanciullo di 7 anni). N. 28 bis.

Ad un fanciullo dell'età suddetta, che aveva nell'antibraccio una scottatura la cui maggior larghezze (6 centim.) era nella faccia palmare e la minore (1 centim.) nella faccia dorsale, fu posto per errore sulla piaga una compressa imbevuta di una soluzione d'atropina (1 : 100). La compressa vi rimase mezz'ora. Già un quarto d'ora dopo l'applicazione i sintomi d'avvelenamento cominciarono a mostrarsi; dapprima vomiti, poscia spasmi alla faccia; i muscoli mimici in un moto continuo, delirio, riso, smorfie, parola inceppata, inintelleggibile; pupille dilatate, immobili ad una luce intensa, gli occhi sporgenti, le palpebre aperte; contrazioni cloniche nelle braccia e nelle gambe, che anche s'estendevano a tutto il corpo, e talora divenivano toniche. Il polso piccolo, rapido, irregolare, intermittente: il respiro celere superficiale. Non più udito, non più sensibile la pelle, divenuta, mancando il sudore, arida, fredda, turchiniccia. Nessuna difficoltà nell'orinare. Gli sfinteri non paralizzati. I sensi non cominciarono a risvegliarsi se non 10 ore dopo il principio dell'avvelenamento; 13 ore più tardi, ovvero 23 contando dall'esordire, il bambino ritornò pienamente in sè. La cura consistette in rimedj stimolanti.

XIV. Fürst Carl Magnus. — *Arftlig öfvertalighet af fingrar och tar med stegrad excessbildning.* (Eccesso ereditario e progressivo delle dita delle mani e dei piedi). N. 28 ter.

Come riscontro alla filiazione data da Krabbe nel N. 20, T. XII, dello stesso Archivio, filiazione la quale mostrava un difetto di dita nelle mani e nei piedi che sempre più cresceva in ogni generazione, il dottor Fürst riferisce la genealogia seguente, la quale fa vedere l'eredità di un eccesso delle dita nelle mani e nei piedi con aumento della formazione per eccesso:

Padre e madre: mani e piedi normali

Figlia con rudimenti di un 6.° dito in ciascuna mano

| | |
|---|---|
| Figlio con sei dita in ciascuna mano. | Figlio con sei dita in ciascuna mano e sei dita in ciascun piede. |

---

**The Harveian Oration delivered at the Royal College of Physicians, ecc.** (*Orazione Harvejana detta nel Collegio Reale dei medici, il 24 giugno 1882*), da G. JOHNSON, medico dott. membro del Collegio del Re, professore di clinica medica, medico dello Spedale del Collegio Reale. Londra. Smith-Elder e C. 15 Waterloo Place, 1882.

Nella solenne ricorrenza annuale, presso il Collegio Reale dei medici in Londra, e nella quale vengono ricordate le glorie dell' Harvey, o si parla di fatti riguardanti gli acquisti ottenuti nelle ricerche degli organi della circolazione, e quanto ha rapporto a quel sistema; leggeva nel corrente anno il prof. Johnson una orazione, nella quale il medico inglese, ha inteso di provare che l'unico e il vero scopritore della circolazione del sangue era l'Harvey, nè verun altro; e di tale orazione mi accingo a stenderne un breve sunto, che non potrà dispiacere ai lettori degli *Annali*, i quali conoscono l'importante e dotto lavoro, pubblicato or non è molto dal prof. Ceradini (1).

Mentre nell'anno 1877 pensavasi a collocare in Roma un'iscrizione in onore del Cesalpino, e nella quale solennità erano detti in suo elogio discorsi dai professori Maggiorani e Scalzi, ed egual cosa andavasi a fare in Arezzo nel corrente anno; ma soprattutto dopo la pubblicazione del libro del Ceradini, il prof. Johnson stimò indispensabile rompere il silenzio, e scendere in campo per far tacere, ei dice, tutti coloro che osarono e si permettono ancora mettere in dubbio i diritti dell' Harvey.

Egli avrebbe volentieri tenuto parola di altri argomenti, ma gli è sembrato così importante quello addotto, che non ha esitato un istante a scendere nell'agone preferendolo a qualunque altro. S' egli lo faccia da uscirne vincitore, lo potranno giudicare i lettori.

Il Cesalpino, nato in Arezzo nel 1519, rimase ad insegnare nell' Ateneo pisano per 36 anni professandovi filosofia, botanica, medicina, nella quale ultima succedette al prof. Violi fino dal 1567. Egli probabilmente

---

(1) « Annali di Medicina. » Anno 1876, T. 235, pag. 337.

avrebbe terminato i suoi giorni sulle rive dell'Arno, dove teneva molti amici, e vi aveva condotto in moglie donna Gerarda de Baroncinis; e dove aveva fatto acquisto di qualche bene immobile, se non fosse stato mosso a ira e dispetto, allorquando il Governo chiamava all'Università di Pisa Girolamo Mercuriale, con più largo stipendio, e il titolo di professore sopraordinario. Non soddisfatto di ciò, procurava di ottenere una onorifica collocazione altrove, e vi riuscì, perchè nel 1592 si recava in Roma dove veniva ascritto come professore nell'Archiginnasio Romano, mentre era scelto quale Archiatro dal Pontefice Clemente VIII. Le sue opere di Botanica, di Minerologia, di Medicina, se lo pongono in un grado elevato assai come naturalista e medico; è pur vero che egli raggiungeva titoli per figurare fra i filosofi i più eminenti del secolo XVI. Sventuratamente però s'ingolfava nelle dottrine aristoteliche, ed animato dal vero spirito del peripateticismo, si dava cura di adottare le dottrine della filosofia scolastica senza restrizioni. Egli tanto fu stimato in questa scienza, che venne in quei tempi conosciuto universalmente col nome di pontefice dei filosofi; ed in gran parte le notizie che riguardano la circolazione del sangue, sono sparse qua e là nelle sue opere filosofiche, e mediche, e anche nel suo libro celebre *De plantis*; dove molte volte per la oscurità degli argomenti e delle stesse parole, rimane oltremodo difficile afferrare il senso del ragionamento. È ben conosciuto quello che scrive il Tiraboschi a proposito delle critiche fatte dal Taurel al Cesalpino. Io sfido, dice egli, il più acuto ingegno dei nostri tempi, a intendere ed a spiegare ciò che dir vogliono e l'uno e l'altro; così ogni cosa è involta in un inaccessibile laberinto di parole e di termini, che o non s'intendono o possono intendersi come più piace (1). Nè ciò deve dimenticarsi, perchè pur troppo è questa un'arme che sanno abilmente maneggiare i suoi critici. È ben sicuro che il Cesalpino avrebbe potuto esser di grande utilità per il progresso scientifico, se, invece di perdersi nelle sottigliezze e astruserie filosofiche, avesse piuttosto, come diceva Leonardo da Vinci, voluto imparare dalla natura medesima, anzichè dagli autori che le sono discepoli.

In quei tempi, l'intelligenza degli uomini dotati del maggior talento, si stancava nella interpretazione degli scrittori, che si tenevano in una venerazione straordinaria. Sia pure che balenasse alla loro mente, la esistenza di errori e contraddizioni, essi però si guardavano bene dal discutere, accettando tutto senza esame; poichè ogniqualvolta dall'Autore prediletto era stato pronunziato un giudizio, asserito un fatto, non restava altro a farsi che accettare il responso dell'oracolo, nessuno potendo avvicinarsi mai alla sua sapienza e dir meglio di lui. È ben nota la servilità dei cultori della scienza medica verso Galeno, per molti

---

(1) Tiraboschi. « Storia della letterat. ital. » T. VII, parte II, pag. 116.

secoli di seguito; nè meglio può caratterizzarsi che riportando le parole del Dubois (Silvius), cioè: Che Galeno essendo infallibile, era la struttura dell'uomo che aveva cambiato dopo Galeno, quando Galeno, e la natura non si trovavano più d'accordo.

Ai tempi del Cesalpino, oltre l'erroneo cammino tenuto dalla filosofia, dominavano pure nelle scuole mediche gl'insegnamenti di Galeno e degli Arabi. Il medico di Pergamo aveva fatto il cervello sede dell'intendimento e dell'anima ragionevole, dal quale avevano origine i nervi, mentre temperava gli spiriti, che da quel centro si trasportavano alle parti dotate di senso e di moto. Ma non mancarono i seguaci delle dottrine Aristoteliche, per i quali il cervello era considerato come una massa composta d'acqua e di terra, e destinata a temperare o raffreddare il calore del cuore. Oltre ciò si credeva che il cuore fosse composto delle fibre muscolari d'ogni ordine, si muovesse per un attività propria e non per i nervi, che si stimava valessero solo a comunicargli la sensibilità. Il setto dei ventricoli si reputava perforato da pertugi, in modo che vi fosse comunicazione fra l'uno e l'altro. Oltre di che si credeva il sangue circolasse solo nelle vene, mentre le arterie erano percorse dagli spiriti vitali, che dal cuore si distribuivano alle diverse parti del corpo. Il sangue poi andava nei vasi innanzi e indietro, attratto dalle parti alle quali arrecava l'alimento, e spinto dagli stimoli, fra i quali il più riflessibile era quello che gli veniva dalla respirazione; perchè l'ispirazione si credeva lo spingesse nei vasi, l'espirazione verso il cuore. Questo movimento era paragonato al flusso e riflusso del mare; e poichè presso gli antichi era celebre quello dello stretto di Euripo, nel mare Egeo, così lo paragonavano al medesimo. Questo fatto impressionava grandemente gli uomini volgari, ma eccitava pure l'attenzione e stimolava la curiosità dei dotti, che lo consideravano come una delle più grandi meraviglie della natura, e alla cui spiegazione si affaticarono invano, sostenendo alcuni, falsamente però, che Aristotile attentasse ai suoi giorni, per non averlo potuto comprendere.

Il Ceradini nel suo libro concludeva nel modo che segue: « Galeno aveva già asserito che il sangue passa dal cuore destro al sinistro attraverso il polmone, e provato inoltre che le arterie e le vene si trovano tra loro anastomizzate in tutti gli organi del corpo. Realdo Colombo da Cremona, intorno all'anno 1559, riconobbe pel primo la funzione dell'atrio e negò inoltre che il sangue passasse dal destro al sinistro ventricolo anche pel setto del cuore, secondo l'ipotesi degli antichi; della quale fu però Giulio Cesare Aranzio da Bologna pochi anni appresso il primo, che con ragioni fisiologiche ne dimostrasse l'assurdità. Finalmente Andrea Cesalpino da Arezzo riconobbe l'anno 1571, o forse alcuni anni prima, il transito fisiologico del sangue dalle arterie alle vene attraverso le anastomosi capillari in tutte le parti del corpo e definì per *circolazione* il moto perpetuo del medesimo dalle vene al

cuore destro, da questo al polmone, dal polmone al cuore sinistro, e dal cuore sinistro alle arterie, producendo poi l'anno 1593, la prova esperimentale della circolazione, nel fatto che le vene legate in qualunque parte del corpo si gonfiano fra le loro origini capillari e la legatura, ed incise lasciano effluire prima il sangue nero venoso, poi il sangue rosso arterioso.

Cesalpino riconobbe inoltre, che il sangue è contenuto nelle arterie ad una pressione più alta che nelle vene e che al suo transito da quelle a queste le anastomosi capillari fanno ostacolo maggiore o minore, a seconda del loro grado di dilatazione; ed insegnò tutte queste cose prima a Pisa poi a Roma dove morì l'anno 1603. L'Harvey non potè l'anno 1628 produrre che una nuova prova della circolazione nelle valvule delle vene, scoperte da Gerolamo Fabrizio d'Acquapendente fin dall'anno 1574, osservando che le medesime dovevano opporsi al moto centrifugo del sangue; ma il merito più grande d'Harvey consiste veramente nell'avere verso la metà del Secolo XVII fornito la prima dimostrazione esperimentale dell'impermeabilità del setto interventricolare del cuore, ossia della circolazione minore per la via esclusiva dei polmoni, come pure nell'aver sostenuto e vinta una lotta contro il pregiudizio e l'ignoranza per divulgare la scoperta del Cesalpino (1). »

Il Johnson pertanto intende nella sua orazione confutare tutto quanto è stato asserito dall'Italiano e vuol mostrare le erronee applicazioni delle parole adoperate dal Cesalpino; e tutte le conclusioni sopra esposte. Egli parla di Servet, di Colombo, e indica in brevi parole quanto si conosceva a riguardo della circolazione prima del Cesalpino, procedendo nell'esame di quanto aveva fatto per rischiarare quell'oscuro argomento. L'Inglese sul principio espone come il Ceradini, sapendo che l'Harvey dal 1598 al 1602 era rimasto in Padova, si dia cura d'*insinuare* che debba aver potuto conoscere gli scritti del Cesalpino, pubblicati 30 anni avanti, e che l'Harvey procrastinava espressamente la stampa al 1628, venticinque anni dopo la morte di Cesalpino e nove dopo quella del Fabrizio; perchè gli avversari non potessero addurre prove della sorgente dalla quale ritraeva la nuova dottrina. Dice pure come il Ceradini *pretenda*, che la dottrina della circolazione del sangue era basata quasi esclusivamente sulla presenza delle valvule già scoperte e dimostrate dal Fabrizio. Fa pure altre considerazioni a riguardo del libro del Ceradini, che non vengono però confutate; limitandosi a dire: che se fosse stato un contemporaneo d'Harvey, egli avrebbe ricevuto per replica quanto questi disse ai suoi avversari: « Detrattori, (Momi) e scrittori contaminati d'oltraggio, come ho sta-

---

(1) « La scoperta della circolazione del sangue. » Appunti storici-critici del D. G. Ceradini, professore di Fisiologia all'Università di Genova. « Annali Univ. di Med. » 1876. T. 237, pag. 93.

bilito con me stesso di non leggerli giammai, non potendosi aspettar niente da loro al di la della maldicenza, così ho stimato non esser meritevoli di risposta. » (Coll. Op. Edit. Willis, pag. 109). Però potrebbe farsi osservare, che ciò può star bene per i detrattori ei maldicenti, ma la onesta critica ha il diritto di esigere buone ragioni, validi argomenti, non parole sdegnose.

Il prof. del Collegio Reale, dopo un tale esordio procede oltre nel suo esame, prendendo a studiare le opere del Cesalpino, fiducioso di mostrare con pieno successo, che negli scritti dell'Aretino è impossibile rinvenirvi la dottrina della circolazione del sangue; lo che si fa soltanto, accordando a delle espressioni generiche un valore che esse non hanno; per accusare di plagio il vero Autore della scoperta. « Ciò equivale, egli dice, al tentativo di ferire il petto d'un'aquila, con una freccia ornata della piuma strappata dalle sue ali (1). »

Se la scoperta del Cesalpino e la dimostrazione del corso del sangue erano così complete e manifeste, come il suo avvocato oggi sostiene, (chiede il Johnson) perchè i contemporanei e i suoi immediati successori, ai quali i suoi scritti dovevano esser ben conosciuti, rimanevano nell'ignoranza della vera dottrina della circolazione? Lo Scalzi dubita che l'Harvey possa averla appresa dal Fabrizio, ma egli fa giustamente osservare, che la ignorava del tutto. Però può ben dirsi che non si era allora in momenti nei quali era facile il commercio dei libri, molto difficili le comunicazioni, e che certamente alcuni potevano ignorare quello che poteva esser giunto alla cognizione d'uno o di pochi. Non è cosa poi molto improbabile che l'Harvey, desideroso d'istruirsi, ricco d'intelligenza, venuto in Italia per apprendere, si curasse di cercare, raccogliere e studiare le opere degli uomini di maggior fama. E il Cesalpino in quella età, doveva essere ben conosciuto in Italia per il suo libro delle piante, e per l'altro delle questioni peripatetiche; e se la sua reputazione era a detta di tutti gli storici così grande, da aver varcato i confini della sua patria, e riverito il suo nome al di là delle Alpi, e del Mare Mediterraneo. In quanto alla scoperta del Fabrizio, sia pure erronea la spiegazione che si pretende abbia dato all'officio delle valvole, la posizione loro doveva indubitatamente contribuire a spiegare la direzione della corrente sanguigna. Si obietta che il Ceradini ammette che il Fabrizio non aveva la più remota idea del circolo sanguigno, ed allora è logica la inferenza che ignorandola lui, può prendersi tale ignoranza come la prova che lo stesso fosse per i suoi contemporanei tutti. Convien però osservare che qui si ragiona come se si fosse in tempi normali, e si trattasse di questione semplice; mentre è indispensabile ricordare che si trattava di opinioni inveterate, di errori radicati nella mente dei più, in tempi nei quali vi voleva un Ercole per isradicare un

---

(1) Johnson. « Op. cit. » pag. 14.

pregiudizio dottrinale; mentre chiunque si attentasse a fare novità, aveva lotte sovrumane da sostenere, e non pochi rischi da correre.

Tutto ciò può considerarsi come l'esordio dell'orazione del Johnson, procedendo alla dimostrazione della sua tesi, dopo avere ricordate le dottrine Galeniche a riguardo del circolo, e le opinioni intorno a quanto si dice che abbiano contribuito alla sua scoperta il Servet, il Colombo; riassumendo le cognizioni a riguardo di ciò che si conosceva della circolazione piccola o polmonare, completamente conosciuta; non così la generale, per la quale nulla vi era di certo nè di definito in modo chiaro. Si credeva allora che mentre le vene conducevano una specie di sangue detto *auctivo* ai tessuti, le arterie vi trasportavano il sangue *nutritivo*, dotato di natura più spiritosa; che le vene e le arterie erano in comunicazione col mezzo di *inosculazioni* invisibili o anastomosi, per le quali il sangue *auctivo* passava nelle arterie, le quali fornivano del sangue spiritoso alle vene. Il vuotarsi dopo una ferita non solo le arterie ma anche le vene, era spiegato da Galeno per la comunicazione che si doveva alle anastomosi. Il moto del sangue come ho già accennato sopra, era quello di *va* e *vieni*, di *flusso* e *riflusso*, come per lo stretto di Negroponte.

Cosa ha portato di nuovo, chiede il Johnson cosa vi ha aggiunto il Cesalpino? E quindi procede alla dimostrazione della sua tesi, per negare all'Italiano qualunque merito alla scoperta della grande circolazione.

Il Cesalpino ammette che il cuore e le sue valvule, sono disposte in modo da permettere un moto continuo dalle vene al cuore nelle arterie. « Ut continuus quidam motus fieret ex venis in cor et ex corde in arterias (1). » Parimente, ed anche in modo più esplicito, ne discorre nel capitolo della struttura del polmone, dove indica il raffreddamento subito dal sangue per l'aria ispirata (2). Nelle sue questioni peripatetiche è fatta menzione del circolo sanguigno a traverso i polmoni (3), e dove il Cesalpino si spiega assai più chiaramente che altrove. Infatti dice: Con questa circolazione del sangue dal ventricolo destro del cuore per i polmoni al ventricolo sinistro, le apparenze corrispondono esattamente alla dissezione, perchè vi sono due vasi connessi col ventricolo destro e due col sinistro; ma dei due vasi, solamente uno introduce, mentre l'altro educe; essendo le valvule costruite per tale scopo. » Egli procede oltre, parlando delle vene arterie, come della loro struttura; tutto ciò adattato in modo perchè il sangue portato al cuore potesse assumervi le qualità di nutrimento perfetto, per traversare il ventricolo destro, nel quale si trova un sangue più denso, e quindi nel

(1) « Speculum Artis medicae. » Lib. VI, Cap. XIX, ed 1670, pag. 473.
(2) Ibid. Lib. VI, Cap. IX, pag. 413.
(3) « Quaest. peripat. » Lib. quinque. P. 125, D.

sinistro, che ha sangue più puro ed è trasmesso dal ventricolo destro al sinistro, parte a traverso il setto, parte a traverso il polmone per essere raffrescato (1).

Il Johnson riportando questi passi dice che non vi è nulla più di ciò che si trova in Servet ed in Colombo, tranne l'errore di continuare a credere il setto interventricolare permeabile al sangue, dichiarandolo ignorante della reale funzione del cuore e delle arterie; pensando che la ragione dell'essere l'arteria polmonare più densa era quello di prevenire la fuga degli spiriti, mentre la vena polmonare più sottile, bastava a contenere il sangue, che si considerava erroneamente già raffrescato passando per il polmone. L'Inglese conviene che in tal passo viene adoperata per la prima volta la parola *circolazione*, la quale aggiunge, che è stata adoperata per descrivere il passaggio del sangue nei polmoni, non per ispiegare il moto del medesimo nel sistema vascolare.

Sebbene io non voglia estendermi di troppo, e i lettori del giornale possano da sè verificare nell'opera del Ceradini le ragioni con le quali sostiene i diritti del celebre professore dell'Ateneo Pisano, nullameno non posso esimermi dal ricordare alcune delle cose dette dal medesimo in tal proposito. Il Ceradini infatti combatte la sua applicazione ristretta al transito polmonare del sangue, facendo giustamente osservare che la voce *circolazione* deve intendersi come è spiegato oltre dall'Aretino, vale a dire *Motus qui super circularem lineam fit* (2).

Ed anche le menti non troppo educate allo investigazioni scientifiche non dovranno faticar molto per intendere che formare un circolo non è la stessa cosa che tracciare una linea retta. Oltre di che per avvalorare la opinione che il Cesalpino comprendesse perfettamente la circolazione generale del sangue, riporta pure un'altra frase tolta dalla sua opera *De Plantis* e dove l'idea del circolo viene esposta pure in un modo bastantemente chiaro, almeno per coloro che amano d'interpretare la verità senza cavilli. « In animalibus videmus alimentum per venas duci ad cor tanquam ad officinam caloris insiti, et, adepta inibi ultima perfectione, per arterias in universum corpus distribui, agente spiritu, qui ex eodem alimento in corde gignitur (3). » Oltre di che mentre nelle questioni mediche, spiega egregiamente la piccola circolazione, e l'officio delle valvule per impedire il rigurgito del sangue nel cuore; più oltre, ben inteso con espressioni un poco astruse, e adoperando la locuzione propria ad un peripatetico, fornisce pure argomenti per credere come nella sua mente fosse manifesta l'idea del circolo san-

---

(1) Andreae Caesalpini Aretini. « Quaestion. peripateticarum. » Lib. V. Venetiis MDXCIII, pag. 126, A.

(2) « Annali univ. di med. » Op. cit. 1876, T. 235, pag. 539.

(3) Cesalpino. « De Plantis. » Lib. 1, Cap. 2, pag. 3. Ceradini. Op. cit 1876, T. 237, pag. 57.

guigno, ripetendosi in vari modi per provarne l'esistenza. « Transit enim calor nativus ex arteriis in venas per osculorum comunionem et inde ad cor (1). » Nè meno importante è quanto espone in altro luogo, tuttavolta che vogliasi con sana critica interpretare l'Autore, e non rovesciarne il senso, dando alle parole una interpretazione arbitraria. « Motus igitur continuus a corde in omnes corporis partes agitur quia continua est spiritus generatio, qui sua amplificatione diffundi celerrime in omnes partes aptus est simul autem alimentum nutritivum fert, et auctivum ex venis elicit per osculorum comunionem, quam Graeci anastomosin vocant (2). »

Dalle quali parole si apprende, che nel cuore, mentre vi è moto continuo per tutte le parti del corpo parimente per opera del medesimo si distribuisce l'alimento nutritivo alle parti, vale a dire il sangue arterioso, mentre *attira* a sè, *attrae, richiama* quello che ha già servito (alimentum auctivum) dalle vene (ex venis) per la via delle comunicazioni anastomotiche. Intorno alle quali parole non può trascurarsi di avvertire, che il biografo d'Harvey, riportando quel passo lo cambia in modo da fargli prendere un senso assolutamente opposto da quello che realmente ha (3).

Ma il prof. Johnson, se trova strano che siasi data una così falsa interpretazione alla parola *circolazione*, non rimane meno stupefatto che vogliasi far credere, che il vecchio fisiologo italiano, abbia completamente dimostrato il perpetuo passaggio del sangue dall'aorta traverso i capillari alle vene, da queste nel seno destro del cuore, e quindi di nuovo traverso i polmoni al ventricolo sinistro. Egli crede però che confrontando accuratamente la traduzione libera del testo fatta dal fisiologo dell'Università Genovese, con il testo stesso nel suo originale, confuso e contradittorio in più luoghi, il critico imparziale sarà condotto ad una conclusione differente.

Egli pertanto, dopo aver mostrato che la voce *circolazione* non aveva per il Cesalpino il valore che le si accorda realmente oggi, procede ad esaminare se veramente la parola *capillamenta*, tradotta per *capillari*, sia stata eseguita fedelmente; o piuttosto indichi tutt'altra cosa di quello che oggi per i medesimi s'intende. In tal punto aggiunge la considerazione fatta dal prof. Scalzi, che ritiene pure il Cesalpino scuopritore dei vasi *capillari*, rimproverando l'Harvey di non aver profittato della scoperta, e di aver attribuito la comunicazione dei due sistemi vascolari alle porosità che si trovano nei tessuti. Ma il Johnson obietta che fare scuoprire al Cesalpino i capillari senza microscopio, sarebbe tanto possibile, come se si dicesse che sieno state scoperte le

(1) « Annali cit. » Tom. 237, pag. 61. 67.
(2) Cesalpino. « Quaest Perip. » Let. V, quaest. IV, pag. 123, A.
(3) Ceradini. Op. cit. T. 235, p. 531.

lune di Giove e gli anelli di Saturno, prima del telescopio. Egli esamina pure il testo dove è la parola *capillamenta* (1); e dopo sottile interpretazione, dice che i supposti capillari altro non sono che le estremità filamentose delle arterie e delle vene, le quali si supponeva che finissero in nervi canaliculati, per dove passava la parte alituosa del sangue per eccitarvi il potere sensitivo. In nessuna parte però, egli dice, è fatta menzione di capillari come canali che permettano il passaggio del sangue dalle arterie alle vene, aggiungendo una figura per dare un'idea del modo con il quale era intesa la parola in questione. Egli crede pure che la ignoranza del Cesalpino intorno ai capillari, sia rafforzata dal fatto, che quando parla della comunicazione fra arterie e vene, dice sempre che ciò avviene per *inosculazione* o anastomosi; come ritiene apporti un'evidenza collaterale, per mostrare la sua ignoranza, ammettendo egli la diversa densità delle membrane dei vasi, mentre fa rinfrescare il sangue traverso la vena; lo che sarebbe avvenuto con maggior difficoltà per la contrazione dei tubi aerei, aggiungendo pure altre considerazioni meno importanti.

È indubitato che in tale argomento, è più facile la critica che la difesa del Cesalpino. I suoi avversarii vorrebbero la esposizione dei fatti e delle teorie, con la chiarezza e con quel metodo, come si trattasse d'uno scienziato del secolo XIX; indicate cioè le esperienze, compilato quasi un trattato, come potrebbe fare Brown-Sequard, un Vulpian, un Ludwig e simili. Essi vogliono espressamente dimenticare chi era il medico aretino, quali le dottrine dominanti nell'orizzonte scientifico, la moltiplicità dei suoi studj, e delle sue applicazioni. Dispiace loro vedere che la interpretazione non viene fatta come essi vorrebbero; ma pur troppo, chi nella critica non segue una via equa, giunge difficilmente a comprendere il senso vero di quanto vuol dire un Autore.

Intorno alla parola *capillamenta* e alle critiche del Johnson, credo che potrà trionfalmente replicare il Ceradini. È cosa indubitata che il Cesalpino guidato dalle teorie più che dalla osservazione, dice cose talvolta che sono agli antipodi della verità, fornisce spiegazioni ipotetiche e sembra che si contraddica; però in mezzo a tutto ciò non sfugge all'indagatore imparziale di scuoprirvi la scintilla dell'uomo dotato di talenti non comuni, e che avrebbe fatto ben lungo cammino, se non fosse stato condotto in una falsa direzione dalla cieca venerazione per Aristotile, e dalla filosofia dello Stagirita. Una delle ragioni per le quali si trova a dover concludere talvolta in modo assai strano, è

(1) Quaest. perip. Lib. V, p. 116. A vena cava et arteria aorta reliqua viscera etc. Idem, p. 116. B. Cor principium omnium venarum, p. 120. A. Propter hoc autem circa cerebrum. Idem, p. 120. C. Sic quoque cum ex sanguine in corde fervent, etc. Idem, p. 120. D. necesse igitur est continuas esse venulas. Idem, p. 120. E. F. Quid potest, etc. Idem, p. 131. A Praeter eum nervi, etc.

quella di aver inalzato il cuore al supremo onore di organo principale, dotandolo insieme delle facoltà più importanti. Il cuore infatti è tutto: « Cor est prima pars quae nutritur, est enim caliditatis fons. . . . Sanguis enim est ultimum alimentum quod in corde primum apparet, et quo caeterae partes nutriuntur augenturque (1). » E poco appresso conferma quanto ha detto. — « Fugit enim sanguis ad cor tanquam ad suum principium, non ad hepar aut cerebrum. Quod si cor principium est sanguinis, venarum quoque et arteriarum principium esse necesse est; vasa enim haec sanguini sunt destinata (2). Ma il medico aretino trova nel cuore l'origine dei nervi del moto, delle sensazioni, e perfino vi ripone la sede dell'anima (3). Da tutto ciò ne emerge la necessità di vedere nelle pareti delle arterie la origine dei nervi. Però può anche supporsi, che come faceva dalle medesime nascere i tronchi nervosi, i tendini, così pensasse continuare il tronco principale in vasi non interrotti; procedendo dal centro il vaso, e dalla periferia il nervo, espandendosi le diramazioni nervose; infatti ei dice più oltre: « Ut rivuli ex fonte aquam hauriunt sic venae et arteriae ex corde. Oportet enim omnes continuas esse cum corde. . . . (4). »

Ed è importante il vedere come indichi che il sangue non può retrocedere dalla vena. « At vera nec regredi ex corde in venam signum est; quia ostio venae cavae tres membranulae coaptatae sunt ita, ut concedatur ingressus sanguini in cor, egressus autem nequaquam, etc. (5). »

Per altro la comunicazione dei due sistemi è indicata in più luoghi, dove il Cesalpino parla delle anastomosi (6); ed il medesimo poi ha pure indicato come la parola *capillamenta* debba attribuirsi a piccoli vasi, nè la intelligenza di quanto dice può dar luogo a interpretazioni dubitative. « Cerebro tenuissimas recipit venulas CAPILLAMENTI MODO quae cerebri substantiam ingressae non amplius conspicuae sunt, scisso tamen cerebro sanguinis substantia ex venulis minutissime exsudare cernitur (7). » Chiaro è in tali parole la enunciazione della voce *capillamenta* per vasi di piccolissimo calibro, i quali malgrado ciò essi contengono sangue, come uno n'è fatto certo vedendolo colare allorquando si faccia un'in-

---

(1) Quaest. perip. Lib. V. p. 115. F.

(2) Quaest. perip. Lib. V, p. 116. A.

(3) Quaest. perip. Lib. V, p. 116. C. Id. Lib. V, p. 121, D. Similiter et concedimus ibi esse animae principatum ubi origo est nervorum, etc.

(4) Quaest. perip. Lib. V, p. 116. A.

(5) Quaest. per. Lib. V, p. 117. A.

(6) Quaest. per. Lib. V. Quaest. VI, p. 131. A. — Cor conjunctio est venarum et arteriarum maximis osculis, idest principium est; in ductibus autem parvorum osculorum etiam communicatio apparet sed inbecillis. — E altrove. — Transit calor nativus ex arteriis in venis per osculorum comunionem, quam anastomosin vocant et inde ad cor. —

(7) Cesalpino. Quaest. perip. Lib. V, p. 120. F.

cisione nell'organo. Pare a me pertanto che ciò possa valere a togliere ogni dubbio, e che possa credersi avere il Cesalpino adoperata la parola *capillamenta*, per indicare non solo nervi, ma vasi anche di piccolo calibro, che a poco a poco divengono così esigui da potersi paragonare a sottilissimi capelli.

Il Johnson, con ragione obietta che non era possibile vederli senza microscopio; ma ciò non toglie che il genio dell'Italiano abbia potuto divinarli, e quasi descriverli colla similitudine adoperata. Nè la mancata dimostrazione, può valere ad affievolire la credenza nell'aver compresa la meravigliosa funzione del circolo, perchè bastava ammettere la comunicazione, la continuità del sistema vasale, per poterne indurre la possibilità dell'andamento del sangue con corso centrifugo per le arterie, e centripeto per le vene. Lo stesso Harvey, o non ebbe una tale conoscenza, o seppure la ebbe fu ben tardi, e dopo che aveva con il suo magistrale talento, fatta la più ampia dimostrazione del modo con il quale si compieva il circolo sanguigno. Infatti il dottor Willis nella vita d'Harvey, dice che egli lasciava la dottrina della circolazione, come una semplice induzione, non come una dimostrazione sensibile; perchè l'idea della via per mezzo della quale era compiuto il transito del sangue dalle arterie alle vene era difettivo, non possedendo una nozione esatta della esistenza di un ordine di vasi sanguigni intermedii fra le arterie e le vene (1). Lo stesso ripetono lo Sharpey e il Quain nelle loro opere, e perfino l'Hnxley in una lezione data al Reale Istituto di Londra, diceva: « Una sola cosa non fece l'Harvey, perchè gl' istrumenti che si avevano in quel tempo non glielo permettevano; egli non diede mai la descrizione dei veri canali per i quali il sangue passa nelle vene (2). »

Infatti è ben noto che il celebre professore inglese opinava, che i vasi arteriosi penetrando nelle varie regioni, vi trovassero aperture (porositates carnis), porosità che servissero al passaggio del sangue.

Ma riprendendo l'interrotto filo dell'orazione Harveyana, il professor Johnson si propone ancora di esaminare l'ostruzione della corrente sanguigna traverso le vene col mezzo d'una legatura; conosciuta ed esposta dal Cesalpino, e che con la maggior parte dei medici il Ceradini considera come una prova di grande importanza, e che ha servito a molti storici quale valido sostegno per dimostrare che l'italiano aveva realmente conoscenza della circolazione generale. Il Cesalpino si esprimeva, come è noto, nel modo seguente: « Sed illud speculatione dignum videtur propter quid ex vinculo intumescunt venae ultra locum apprehensum, non citra; quod experimento sciunt qui venam secant; vinculum enim adhibent citra locum sectionis non ultra,

---

(1) Harvey. « Works, traslated by B. R. Willis; pubblished by the Sydenham Society. » London 1847, p. XLI.

(2) « British Medical Journal. « Febb. 1878.

quia venae tument ultra vinculum non citra. Debuisset autem opposito modo contingere, si motus sanguinis et spiritus a visceribus fit in totum corpus: intercepto enim meatu non ultra datur progressus; tumor igitur venarum citra vinculum debuissit fieri (1). » Osserva il Johnson, che in tali parole, malgrado le spiegazioni date in seguito dal Cesalpino, non vi è nulla più di ciò che sapevano i suoi contemporanei. Se il Cesalpino, soggiunge ancora, avesse conosciuto con sicurezza la esistenza di una corrente continua di sangue dalle diramazioni dell'aorta alle vene, e da queste al cuore, egli avrebbe esposto in una sentenza la spiegazione somplice ed ovvia del fatto costantemente osservato, come dice, da coloro che eseguiscono il taglio della vena; ma mancando di una tale conoscenza, suggerisce una spiegazione del fenomeno, che è in parte metafisica e completamente inintelligibile (2). Avendo il Ceradini sostenuto che la espressione adoperata dal Cesalpino intorno al moto del sangue (exundatio ad superiora, retrocessus ed inferiora instar Euripi, etc. (3)), non implicasse una spiegazionee vera e propria, ma fosse solamente una similitudine adoperata per dare una idea grossolana del fenomeno, adoperata non solo da Aristotile, ma per fino dallo stesso Harvey (4); il professore inglese fa le più grandi meraviglie, e come il Ceradini non veda la differenza che esiste fra le due sentenze. Egli pure asserisce che i luoghi nei quali è resa maggiormente manifesta la ignoranza del Cesalpino, intorno alla vera dottrina del circolo, sono quelli nei quali descrive il passaggio del sangue dal tronco, facendo varie citazioni che non ripeterò per non essere tedioso (5).

Il medico inglese incidentalmente parla di una lezione pubblicata dal dott. Del Vita', riguardante la scoperta della circolazione del sangue, nella quale vi è da una parte il testo latino delle opere del Cesalpino, e la traduzione a fronte; e le citazioni sono prese in tal modo dai varj trattati, e poscia così riunite insieme da potersi leggere una descrizione chiara e continua della circolazione, come è intesa ai nostri giorni. Viene esposta la sorgente di ciascheduna parola e sentenza, e sebbene

---

(1) *Cesalpini.* Quaest. Med., p. 234. A. Vedi poi per le spiegazioni ulteriori, ecc., p. 234. B. C.

(2) *Johnson* Harveyan. Oration, p. 43,

(3) « Annali di Medicina », 1876. T. 273, p. 63.

(4) *Harvey,* Works, ect., nella lettera a G. Hoffmann dice: Ergo motum sanguis e corde per arterias in habitum et similiter ab eodem per venas retrorsum ad cor continuo et refluxo « ..... ut in circuita quodam modo moveri sit necesse. » Il Johnson però avverte in nota che è stato omesso *ex quantitate et copia*, etc., per assomigliare maggiormente le idee disparate del Cesalpino con quelle dell'Harvey. (Johnson, p. 41).

(5) Cesalpino. « Ars Medica », p. 488. Vena autem cava. Idem, p. 1. Idem, p, 229. F. Idem, p. 294. Quaest. peripat., p. 116. A. p. 124. D,

la lezione non occupi che tre pagine di grossi caratteri, pure le citazioni sono in tanto numero, che non bastano tutte le lettere dell'alfabeto per indicare tutte le fonti (1). In tal punto l'inglese mi pare per fino che perda la sua flemma, nè mantenga quella calma e quella serietà, richiesta dalla importanza della questione, e dalla imparzialità nel giudizio. Egli riporta la descrizione della circolazione data dal Del Vita, soggiungendo: « Tale descrizione della circolazione occupa dieci linee, non prese da veruna parte degli scritti del Cesalpino, ma estratte come le lettere di citazione lo mostrano, da sei parti differenti di tre opere separate, *Quaestiones medicae*, *Quaestiones peripateticae*, e in quella, *de Plantis*. Se il Cesalpino avesse descritto la circolazione del sangue, come fu fatto dall'Harvey, non vi sarebbe stato bisogno di ricorrere a tale lavoro di rappezzatura, che non dà credito al Del Vita, autore del medesimo, nè al professore Maggiorani che nella sua orazione approvava quella lezione. È chiaro che stringendo insieme parole e sentenze isolate (è sempre il professore inglese che argomenta), la dottrina della circolazione può essere estratta dal Pentateuco o da qualunque altro scritto (2). »

In tal caso mi pare che lo scrittore inglese sia forse ingiusto; mentre potrebbe a lui stesso farsi il rimprovero della scelta delle sentenze, e della interpretazione loro nel modo che più gli tornava conto per sostenere la sua tesi. A lui potrebbe dirsi come al peccatore del Vangelo: *Tu vides festucam in oculo fratris tui, et trabem in oculo tuo non vides* (3). Egli infatti con arte, sceglie quella parte dei testi che meglio conviene al suo compito, e dimenticando i precetti dell'ermeneutica, senza tener conto dei tempi, delle dottrine dominanti, procede con giudizio costantemente severo, e bene spesso anche troppo, alla dimostrazione della sua tesi. Egli sorvola, nè fa troppo conto dell'esperimento della legatura per la quale è fatto manifesto il moto centripeto del sangue; il quale da non pochi uomini insigni nell'arte nostra, venne interpretato così favorevolmente, da non poter lasciare ombra di dubbio. E poichè non intendo dar troppo grande estensione a questo articolo bibliografico, mi limiterò a riportare il giudizio di un anatomico valentissimo dei nostri tempi. Ecco come giudica il Richet il ricordato esperimento: « Quoiqu'il en soit, ce qu'il faut rétènir de l'oeuvre de Césalpin, c'est cette expérience, ou plutôt cette observation fondamentale rélative à la circulation du sang dans les veines, cette expérience suffirait à sa gloire : car c'est le fondement de la théorie de la circulation, et une grande partie de l'ouvrage de Harvey est consacreé à la

---

(1) Johnson, p. 48.
(2) Johnson. Harz. Orat., p. 49.
(3) Vangelo di S. Matteo. Cap. 7. § 3.

démonstration de ce fait, que les veines ramènent le sang au coeur, contrairement à l'idée de Galien, et des anciens (1). »

Finalmente il Johnson viena all'epilogo della sua orazione, e siccome sembragli che il Ceradini abbia voluto stabilire in tre distinte parti il fondamento dei diritti del Cesalpino, per farne il vero scopritore della circolazione, cioè: l'uso della parola *circolazione*; l'impiego, della voce *capillari*; e l'osservazione dell'effetto dell'ostruzione della *corrente sanguigna nelle vene*; così egli crede di aver mostrato con evidenza l'ignoranza che il Cesalpino aveva della circolazione generale, poichè:

« 1.° *La parola circolazione*, essendo applicata solamente al passaggio del sangue traverso i polmoni, implica la mancanza della conoscenza della circolazione generale;

2.° La parola *capillamenta*, che è tradotta erroneamente capillari, è adoperata soltanto per designare un transito immaginario dalle arterie e vene nei nervi, mentre questi e i *capillamenta*, rimarrebbe provato che sono impervi al sangue;

3.° E finalmente non è data veruna spiegazione del fatto, che colui il quale eseguisce il taglio della vena, come era stato osservato per secoli, pone un laccio superiormente all'incisione; che la medesima vena se ostruita, si gonfia al di sotto della legatura o di altre cause ostruenti (2). »

Tale è il contenuto della orazione Harveyana, alla quale ho voluto fare ben poche osservazioni, più per il comodo del lettore, che nell'intendimento di affibbiarmi la grave e tediosa giornea, di compilarne una analisi critica. A ciò penserà certamente il dotto scrittore, al cui totale benefizio fu tenuta la solenne adunanza del Collegio dei Medici. Semplicemente mi permetterò di aggiungere, che malgrado tutto quanto è stato detto contro il Cesalpino, pur nullameno vi deve essere qualche cosa di buono nelle sentenze da lui esposte; se uomini dottissimi, poterono proclamarlo come il vero scuopritore della circolazione del sangue. Io metterò da parte gl'Italiani; ma sono di non lieve peso i giudizj di un Boerhaave, d'un Astruc, d'un Sprengel e di non pochi altri scienziati celebri nelle nostre discipline, e che lascio di nominare. L'olandese così sentenzia in proposito. « Primus fuit Caesalpinus qui dignoscendis plantis ex fructificatione sumsit, primus etiam inventor fuit circulationis sanguinis, sed non evulgavit, nec eo usque penetravit, quo Harveyus (3). » Parimente il celebre Astruc nel suo libro delle malattie veneree non si perita a dire: « Hujus dogmatis (la dottrina cioè della circolazione) « inventor et auctor habendus est Caesal-

(1) « Revue des Deux Mondes. » Tr. Per. T. XXXIII, 1879. « La decouverte de la Circulation du sang », par M. Charles Richet, p. 683.

(2) Johnson. Op. cit., p. 51.

(3) Hermanni Boerhaave, etc. « Methodus Studii Medici. » Tom 1. Cap. 2, p. 83. Venetiis. MDCCLIII. (La prima edizione di Amsterdam è del 1726.

pinus, cujus Guillelmus Harvaeus promotor tantum et amplificator fuerit (1). » Ho nominato lo Sprengel, il celebre storico della Medicina, il quale malgrado le sue reticenze, dice pure che oltre la circolazione del sangue pei polmoni, egli conobbe altresì la grande circolazione degli umori per tutto il corpo; soggiungendo poco dopo, che non esiterebbe un istante a riguardarlo per l'inventore della grande circolazione, se egli un poco più convenisse con sè medesimo, ed avesse appoggiato la sua alla scoperta delle valvule nelle vene (2). E lo storico ha una qualche ragione, perchè se la comunicazione del fatto è innegabile, manca la chiarezza dei dettagli, fa difetto la esposizione sistematica, e una serie di esperimenti, che avessero potuto condurre alla convinzione gli oppositori, così attaccati alle vecchie dottrine, e all'autorità dei grandi maestri. Ma volendo pronunziare un giudizio imparziale, bisogna tenere in conto la tirannia delle dottrine filosofiche, e la tristizia dei tempi, che pertinacemente contrastava a chi coraggioso osava spezzare la catena delle tradizioni antiche. Fa d'uopo ancora ricordare che allorquando nel 1589 veniva in Pisa ad insegnar matematiche il Galileo, era questi giovine di 25 anni, nè avrebbe potuto rimuovere mai, quando lo avesse tentato, dalle inveterate convinzioni il settuagenario Cesalpino; mentre l'Harvey fu ben fortunato, avendo potuto apprendere dalle opere del Cancelliere Bacone, la grande utilità che ritraeva lo scienziato non già valendosi degli scritti degli altri, ma investigando il magistero delle funzioni vitali, sperimentando sugli animali, e disseccando i cadaveri (3). Ma se è un dovere sacrosanto riconoscere i meriti dell'Harvey, e tributargli tutta quella gloria che si merita, per aver con esperimenti dimostrato, e divulgato con i suoi scritti la scoperta della circolazione del sangue; è però un'ingiustizia, adoperarsi perchè la pietra dell'oblio copra il nome del professore del Pisano Ateneo. Pur troppo ha ragione il Richet, e termino io pure riportando le parole con le quali dà fine al suo lavoro: « Dans les sciences d'observation, la verité n'est pas comme un éclair qui eblouit, c'est un voile qui se detache par lambeaux. A ceux qui ont consacré leur vie, leurs labeurs à nous faire connaitre une petite part de cette verité, il faut rendre l'honneur qui leur est dû et, tout en admirant les conquêtes de la science d'aujourd'hui, ne pas méconnaître celle que nous ont leguées nos ancêtres (4). »

FEROCI.

---

(1) Astruc. « De morbis Venereis. Tomo II, p. 304. Venetiis MDCCXXXIX.

(2) Sprengel. « Storia prammatica della Medicina. » Tomo V. Venezia MDCCXIII, p. 419.

(3) Il *Novum Organum* di Bacone fu pubblicato nel 1620, e il libro: *De dignitate et augmentis Scientiarum* nel 1623. L'Harvey cominciava a professare la nuova dottrina 12 anni dopo almeno.

(4) Richet. Op. cit., p. 699.

Arnould. — **Nouveaux éléments d' Hygiène.** — Paris. Baillière, 1881.

Il dottore Giulio Arnould è contemporaneamente medico principale di 1.ª classe nell'esercito francese, e professore d'igiene nella giovane Facoltà medica di Lilla. In Francia non sono, come in Italia, ritenute incompatibili fra loro le due cariche di medico militare e d'insegnante in una università, che invece è accettato come speciale onore pel corpo sanitario militare ciò che pur contribuisce al lustro delle loro Facoltà mediche, nelle quali molti fra i professori d'igiene e di medicina legale sono appunto medici appartenenti all'esercito, come Arnould, Morache, Lacassagne, Layet, ed altri valenti.

Il dott. Arnould pubblicò un volume di oltre 1300 pagine, adorno di 234 figure; e nel quale intese specialmente di riflettere il carattere eminentemente moderno della igiene, vale a dire l'indirizzo sperimentale. L'igiene ha un campo vastissimo innanzi a sè, essa rappresenta come un anello di congiunzione fra le scienze naturali e la patologia umana; deve quindi studiare le leggi degli agenti cosmici in relazione alla leggi della fisiologia, ed indagare in quali circostanze le prime diventano lesive delle seconde.

L'Autore divide il suo Trattato in *tre* parti: *Igiene generale*, *Igiene speciale*, *Legislazione sanitaria.*

L'igiene generale tratta del suolo, dell'atmosfera, delle abitazioni, delle vestimenta, degli alimenti e delle bevande, della ginnastica.

Lo studio del *suolo* è completo, e trattato con grande corredo di erudizione, seguendo specialmente le recenti indagini cui si dedicarono gli igienisti tedeschi, quali Pettenkofer, Pfeiffer, Delbrück, Fodor, Wiel, Gnehm, Wolffhügel, ecc. Studia del suolo la natura, le proprietà termiche, le acque sotterranee, la permeabilità, i gas, i microrganismi, ecc.

In questi tempi è impossibile il non seguire con grande interesse le ricerche fatte sulla eziologia dei morbi epidemici, ove la putridità organica, di cui il suolo è il grande ricettacolo, ed il temuto regno dei *protisti*, che ne sono gli agenti, tendono sempre più a prendere un posto dominante. Dopo gli studi di Delbrück di Halla nel 1867 e di Pfeiffer di Weimar nel 1871 l'influenza della natura del suolo e della sua temperatura nella diffusione del germe cholerigeno rimase accertata; e questo fatto aperse la via alla teoria di Liebermeister e di Pettenkofer sulla *Generazione alternante dei germi morbigeni*, e si trovò pure razionalissimo, che debba essere tenuto conto delle oscillazioni del *Grundwasser*, soprattutto nella eziologia della febbre tifoidea, poichè l'umidità non interviene con minor influenza che il calore nella fruttificazione dei semi confidati al suolo. Il ritardo con cui la temperatura degli strati superficiali del suolo si comunica agli strati profondi, fa si che a temperatura massima del suolo da 3 a 5 metri di profondità si os-

serva nei mesi di settembre ed ottobre, e non nell'estate; e questo fatto influisce certamente sul ciclo nell'andamento annuale della febbre tifoidea.

Questi cenni bastano ad avvertire quanto sia l'importanza degli studi sulle condizioni fisiche del suolo, sulle fermentazioni che in esso hanno luogo, sui germi, ecc., e più ancora si conferma tale importanza passando in rassegna, come fa l'Autore, l'influenza del suolo nella conservazione dei germi del carbonchio, nella produzione [del miasma malarico, nell'azione del fermento nitrificatore, e nella riproduzione di tanti altri germi nocivi.

L'Autore non abbandona l'argomento del suolo senza averne detto della influenza igienica della sua superficie, e delle acque terrestri. È interessante la serie delle figure riportate nel testo, e riferite alla fauna microscopica dei principali animalicoli che si trovano nelle acque stagnanti, e spesso anche in acque potabili meno pure. Le figure rappresentano: la *Daphnia pulex*, il *Cyclops quadricornis*, le *Oxytriche*, la *Monas Lens*, l'*Actinophrys*, *Amibe*, *Vorticelle*, *Bursaire*, *Paramecie*, *Rizopodi*, *Euglene* ed *Alghe*.

Ad evitare i danni dell'inquinamento del suolo e delle acque è necessario seguire taluni precetti di igiene generale; e l'Autore pone primo fra questi l'abolizione dei cimiteri, e quindi l'adozione della Cremazione. « Uno solo dei modi di inquinamento del suolo nei paesi abi-« tati può essere relativamente evitato, od anche soppresso in modo « assoluto, se le società umane lo volessero; è quello che consegue alla « inumazione dei cadaveri. Le leggi moderne hanno già esclusi i ci-« miteri dalle città, nuovi tentativi si vanno facendo per allontanarli « sempre più; ma soltanto allorchè la pratica della cremazione sarà « diventata un costume generale, ogni danno da questo lato sarà evi-« tato, e sotto l'aspetto igienico la quistione sarà perfettamente ri-« solta. » Altri mezzi per risanare il suolo sono: la fognatura, che abbassa e tende a rendere fisso il livello delle acque sotterranee; la coltura, specialmente eseguita con vegetali antipalustri, quali l'*Helianthus annuus*, il *Luppolo*, la *Paulownia imperialis*, e soprattutti l'*Eucaliptus* nelle sue numerose varietà, il *globulus*, l'*amygdalinus*, il *marginatus*, il *citriodorus*, il *persicifolius*, l'*obliquus*, ecc., il prosciugamento delle paludi, eseguito coi mezzi dello scolo delle acque, della colmata, delle cataratte, ecc.

Il secondo capitolo tratta dell'Atmosfera. Sull'Ozono gli igienisti francesi in generale non si fermano molto; tuttavia l'Autore dice che questo è ancora *un campo di studi meritevole d'esser coltivato*. L'acido carbonico non sarebbe solamente un gas indifferente, ma per gli sperimenti di Paul Bert risulterebbe un vero gas velenoso, perocchè allorquando in un ambiente confinato si aumenta la pressione di questo gas, mantenendo sempre normale la quantità dell'ossigeno, si produce in primo luogo una diminuita ossidazione dei tessuti, con raffreddamento

del corpo, indi il sistema nervoso centrale manifesta man mano la perdita dell'attitudine a trasmettere le azioni riflesse, prima alle membra indi all'occhio e per ultimo al centro respiratorio, d'onde conséguita la morte, con sintomi di generale collasso. Il cuore rallenta i suoi movimenti, ma conserva lungamente la sua forza; dunque l'acido carbonico è un veleno dei centri nervosi, ma non del cuore. Queste proprietà dell'acido carbonico furono dimostrate dagli sperimenti di Paolo Bert, e sono pienamente d'accordo coi risultati sperimentali di Ludwig Hirt, di Smith e di Forster. Questa virtù narcotica dell'acido carbonico interviene a spiegare assai bene la sintomatologia del *male delle montagne*.

Rispetto al pulviscolo atmosferico l'Autore riporta i recenti studi di Miquel a Montsouris; ed entrando a parlare dei microbi volitanti nell'atmosfera, riferisce la classificazione di Cohn, e si estende con molta e giustificata compiacenza sulla influenza dei germi atmosferici nella eziologia specifica di molte malattie d'infezione. Passa perciò in rivista storica e critica le ricerche intraprese dai vari micologi e patologi, per scoprire i microbi produttori del cholera, del vaiolo, del morbillo, della sifilide, del moccio, della difterite, del tifo, della febbre puerperale, del carbonchio, della malaria, della tubercolosi, della dissenteria, della rabbia, della febbre del fieno, della endocardite ulcerosa, ecc.

Il terzo capitolo occupa 300 pagine incirca, ed è dedicato all'igiene delle abitazioni private e collettive. Comincia coll'insegnare la scelta del suolo e dei materiali da costruzione, la struttura delle pareti, la distribuzione dei locali, e su questo argomento si estende specialmente sulle esigenze dell'igiene moderna nella costruzione delle caserme e degli spedali, encomiando il sistema Tollet, i padiglioni isolati, gli ampi giardini, ed il predominio delle dimensioni in superficie su quelle in altezza. Riporta il testo delle 34 disposizioni igieniche relative alla salubrità delle nuove abitazioni, votate nella Riunione degli igienisti tedeschi a Monaco nel 1875.

Sulla ventilazione dei locali chiusi l'Autore espone con mirabile chiarezza e con cognizioni tecniche estesissime il modo di funzionare di una grande quantità dei meccanismi escogitati ed applicati ad ospedali, teatri, aule di parlamenti, scuole, ecc., e ricorre, ove lo ritiene opportuno, anche alla esposizione di formole algebriche per meglio precisare la soluzione dei quesiti; ma non tralascia di riportare nel testo una gran quantità di figure opportunissime a rappresentare gli apparecchi con maggior chiarezza, che non le più minuziose descrizioni. Similmente adopera nel trattare i quesiti sul riscaldamento e sulla illuminazione artificiale delle abitazioni, che vengono naturalmente di seguito a quelli sulla ventilazione.

La rimozione delle immondizie costituisce uno dei problemi più studiati dagli igienisti e dagli ingegneri. Il sudiciume e le immondizie, fermentando e presentando un sustrato fertilissimo ai germi morbigeni

specifici sono uno dei più temibili fattori nelle malattie zimotiche. Le malattie croniche degli organi respiratori, le affezioni tubercolari, la scrofola, ecc., tengono un certo rapporto di frequenza col difetto di nettezza e coll'ingombro delle popolazioni su ristretto spazio. Ma ciò che più merita d'esser studiato oggidì è il *veleno fecale*. Già Stich fin dal 1853 aveva provata la velenosità delle feci e delle orine, specialmente quando aveva preceduto un periodo di putrefazione, esperienze che furono ripetute recentemente da Simon di Heidelberg. Il tifo esantematico e la febbre tifoidea ripetono la loro eziologia da simile veleno.

L'Autore dopo aver data in succinto la storia di numerose epidemie di febbre tifoidea e ricercatane la rispettiva eziologia, conclude: « Assolutamente e profondamente convinto, che le materie escrementizie accumulate nelle abitazioni riescono evidentemente nocive alla salute, e che possono benissimo favorire lo sviluppo della febbre tifoidea, e la sua propagazione epidemica, noi non vogliamo ancora prestarci all'edificazione di una dottrina ristretta ed esclusiva, secondo la quale l'ileotifo non verrebbe che di là, e soprattutto pel trasporto meccanico di un germe introdotto nel nostro organismo colle acque potabili. A nostro avviso questo caso è possibile, ma non è il più frequente. Senza dubbio l'ipotesi di un germe, della sua evoluzione in un *medium* putrido e precisamente in un terreno convenientemente disposto a causa delle fermentazioni, la sua introduzione nella via gastrica col mezzo delle acque potabili, sono fatti meravigliosamente conformi agli studi moderni sui microgermi, e sull'influenza del suolo come mezzo naturale di loro conservazione e moltiplicazione. Tuttavia essendo noi medici non meno che igienisti, non possiamo immolare ad una teoria, per quanto scientifica e sempre più trionfante, questo risultato fondamentale dell'osservazione: *la molteplicità evidente delle cause della febbre tifoidea*. Ci si costringa colla dimostrazione vittoriosa della presenza di un germe, isolabile e coltivabile quando piaccia, a ridurre in una formola semplice questa moltiplicità eziologica che ci schiaccia, e noi non cercheremo di meglio, che schierarci nel campo della rigorosa specificità, del vero parassitismo. Ma fin'ora la patogenesi dei germi viventi non ha fatto altro che delle brillanti ed ardite ipotesi. E ciò non basta. »

Parlando delle latrine e delle fogne confronta i vari metodi proposti per la rimozione delle materie fecali, e si dichiara partigiano convinto dal sistema inglese, a circolazione continua. « In pratica il sistema dei *water-closets* merita la preferenza su tutti gli altri modi di rimozione delle immondizie. Le fosse mobili hanno pure dei vantaggi, ma questi non si possono realizzare che nelle piccole città sfornite di fognatura; nelle grandi città fanno un straordinario ingombro; ed oltre a ciò la fossa mobile è sistema contrario alle grandi lavature, ed esige minuziose precauzioni perchè la nettezza sia mantenuta. Le *fosse* fisse dovranno sparire e con queste la loro vuotatura pneuma-

« tica; e l'aspirazione centripeta secondo il sistema di Liernur, resterà « probabilmente limitata a qualche città di bassa pianura. »

Gli alimenti e le bevande costituiscono il soggetto di studio del quinto Capitolo. Dopo uno sguardo generale alle leggi fisiologiche dell'alimentazione, studia le singole sostanze alimentari in particolare, incominciando dalle carni. Non pare molto disposto a credere alla trasmissione della tubercolosi all'uomo col mezzo delle carni o del latte di animali tubercolosi; ma rispetto a certi germi come quelli della scarlattina, per esempio, ammette come molto probabile che il latte possa farsi mezzo di trasmissione e di diffusione, estendendo per tal modo i limiti delle epidemie. Resta in dubbio se la bollitura del latte sia mezzo sufficiente per uccidere i germi (scarlattina, tifoidea, difterite, ecc.), che in esso possono esser stati deposti accidentalmente o dalla mano dell'uomo, o dall'acqua di lavatura dei recipienti, o dall'aria medesima.

Sulle malattie alimentari d'origine vegetale, l'Autore accenna come è ben naturale, alla eziologia della pellagra, ed opina per la natura specifica della malattia e per l'avvelenamento da maïs guasto. E parlando della pellagra in Lombardia, l'Autore dirige agli Italiani queste severe, ma meritate parole: « I proprietari Lombardi sono duri per i loro « contadini, e molti di questi infelici lo sanno bene che essi mangiano « *il grano della pellagra.* Ma non havvene altro a loro disposizione; « bisogna ben consumare quello, o gettarsi dalla finestra; in ambo i « casi morire. Il commercio poi è là, come ovunque, avido e poco « scrupoloso, e la polizia sanitaria è troppo indifferente o non esiste. « Il mercato fornisce ai poveri, al prezzo delle derrate sane, una « grande quantità di farina di mais avariata, della quale si maschera « più o meno bene lo stato reale. Una buona parte della profilassi sta « adunque ancora nell'innalzamento del livello morale della Nazione « (*sic*), nei progressi dello stato sociale, e nelle instituzioni d'igiene « pubblica. »

Prosegue l'Autore nel trattare ampiamente gli argomenti sulle acque potabili; indi del vino, della birra, del sidro e delle loro falsificazioni e modi per riconoscerle.

Nel Capitolo VI tratta dell'esercizio e del riposo, ma specialmente della ginnastica praticata a scopo igienico, mercè la quale si ottiene: aumento di sviluppo fisico generale, e specialmente delle masse muscolari, aumento della capacità respiratoria, riduzione dell'adipe, e quindi del peso assoluto del corpo, con risultante aumento del rispettivo peso specifico, regolarizzazione della circolazione del sangue, e delle funzioni nervose, elevazione della resistenza fisica, armonia delle forme e dei movimenti. È curioso che l'Autore inserisce in questo capitolo anche l'esercizio.... delle funzioni genitali. È evidentemente una ginnastica ... un po' arrischiata.

Nella seconda parte del suo interessantissimo Trattato l'Autore svolge la *Igiene speciale*, ossia dei gruppi umani considerati sotto vari punti

di vista; cioè il zoologico, lo storico, l'etnologico, l'infantile, lo scolare, l'industriale, il militare, il marittimo, il cittadino, il rurale, il malato, e per ultimo il morto!

Parlando del gruppo etnico si estende quasi esclusivamente, come è abitudine dei francesi, a parlare dell'antropologia, etnologia e demografia della Francia. Del resto l'Autore ha tutte le ragioni; egli scrive specialmente per i suoi connazionali, e non avrebbe potuto inserire in un trattato d'igiene un trattato generale d'antropologia, di etnologia, e di demografia. È giustissimo e degno d'essere riportato, il periodo nel quale definisce la demografia. « La demografia è la *contabilità* dell'igiene. È dessa che misura la forza o la debolezza della collettività, che indica i limiti di questa debolezza o di questa forza, ed i punti precisi nei quali si rivela un difetto. È la sanzione suprema dei nostri studi e dei nostri sforzi, poichè da un lato essa stabilisce il bilancio esatto delle nostre ricchezze vitali, il nostro *avere*, e dall'altro essa rivela le nostre perdite, vale a dire i colpi segnati dalla morte, contro la quale l'igiene combatte. »

Trattando dell'igiene dell'infanzia l'Autore affronta la quistione delle Ruote pei trovatelli e bambini abbandonati, quistione molto agitata durante gli ultimi anni in Francia, e si dichiara apertamente contrario al ristabilimento di quella vieta instituzione.

A proposito delle malattie professionali, che l'Autore tratta con alquanta brevità, non tralascia però di citare i lavori di Pagliani, di Perroncito e di Concato sulla malattia dei minatori del Gottardo, come a proposito della Pellagra non dimenticò Ballardini e Lombroso, nè Tommasi-Crudeli parlando della malaria. Se l'Autore non ha potuto citare gli Italiani colla stessa frequenza con cui cita inglesi e tedeschi, (non parlo poi de' suoi connazionali), ne ha forse egli colpa, quando in Italia l'insegnamento dell'igiene è tenuto a così umiliante livello?

L'articolo IX, si occupa dei malati e delle malattie; e considera sia il malato in sè ed isolatamente curato, sia i luoghi di cura collettivi, come gli ospedali, e gli ammalati che possono trasmettere i germi delle proprie malattie vale a dire le malattie contagiose ed epidemiche. Questa parte importantissima dell'igiene pubblica fu trattata dall'Autore un po' sommariamente e non ebbe svolgimento così completo, come gli altri precedenti capitoli.

Le misure d'igiene circa i cadaveri umani si riferiscono specialmente alla creazione delle camere mortuarie ed alla cremazione.

La *terza parte* del Trattato si riferisce alla Legislazione sanitaria, ed all'organizzazione dell'igiene pubblica. Anche il prof. Arnould domanda una *Direzione generale* di salute pubblica, un Consiglio con voto consultivo, ed autorità esecutrici, con diritto a diferire ai tribunali le contravvenzioni. Direzioni sanitarie provinciali autonome e competenti, vale a dire mediche, e sorrette da uno speciale bilancio. L'Autore accetta e fa sue le proposte già formulate per la Francia dal dottor

A. J. Martin. Indi passa in rivista la legislazione sanitaria e le instituzioni igieniche principali della Francia, dell' Inghilterra, del Belgio, della Germania, dell' Austria, dell' Italia, dell' Olanda, della Svizzera e degli Stati Uniti d' America. Queste organizzazioni sanitarie sono per molti paesi ancora molto difettose, ma tuttavia valgono a convenire in ciò, che fra i doveri delle pubbliche amministrazioni havvi pur quello di tutelare la salute pubblica, mentre fra i diritti dell'uomo deve essere pure inscritto il *diritto alla salute.*

Tale è l'opera del prof. Arnould, che espone il vasto programma dell'igiene dal più moderno punto di vista, e con tutto il corredo di cognizioni che derivano da uno studio spassionato, non dei lavori fatti nel solo suo paese, ma raccolti e pubblicati in tutta la letteratura scientifica del mondo. G. Sormani.

---

Bouchardat. — **Traité d'Hygiène publique et privée basée sur l'étiologie.** — Paris, Germer-Baillière, 1882, 1 Vol. in 8.° di oltre 1200 pagine.

Il prof. Bouchardat, il decano degli igienisti francesi pubblicò egli pure il suo Trattato d' Igiene, che rappresenta il testo delle Lezioni date dall' Autore per 30 anni alla Scuola di medicina di Parigi. Per quanto le quistioni d'igiene pubblica siano trattate con grande competenza, e cognizione dei progressi della scienza, tuttavia l'opera riflette in molte parti l'età grave del suo autore, il quale più che all' avvenire della scienza, guarda ai progressi fatti per il passato, e colle sue citazioni a mala pena esce fuori dai confini della Francia. Tuttavia anche il Trattato del Bouchardat ha pure i suoi grandi meriti, e ben si può dire che i due trattati, dei quali si parla in questa *Rivista*, svolgono la materia in un modo così differente l'uno dall'altro, che anzichè ripetersi si completano a vicenda.

Il Bouchardat fondò le sue lezioni d' igiene sulla Eziologia, ben convinto che non è possibile instituire la profilassi, se non sia ben conosciuta la causa morbosa, ed il suo modo di agire sull' organismo. Cerchiamo le cause, e quindi le combatteremo. Con quale speranza di successo ci armeremo noi contro l'apparire di un morbo, quando ci è ignota la sua causa e la via per cui l'agente malefico penetrò nell'organismo?

L' Autore si estese nel suo Trattato su quel ramo dell'igiene che chiamerebbesi Bromatoterapia, vale a dire sulla cura del diabete, dei calcoli renali, vescicali, ed epatici, della gotta, della dispepsia, ecc., col mezzo di adatta alimentazione.

Altro capitolo interessante ed originale dell' opera del Bouchardat è quello sulla Miseria fisiologica, condizione dell'organismo così temibile,

che riassume in sè tutte le più fatali imminenze morbose; ed è dovuta o ad insufficienti mezzi di riparazione organica, o ad eccessiva perdita di calorico, od alla insufficienza ed irregolarità nel bilancio delle entrate, per cui ne consegue languore nel movimento chimico molecolare dei tessuti, e torpore nelle funzioni. *La resistenza insufficiente al freddo esteriore è il simbolo il più chiaro della miseria fisiologica.* Se è facile comprendere la miseria fisiologica del povero, di chi non ha mezzi sufficienti per riparare alle perdite che il lavoro giornaliero gli occasiona, è meno facile comprendere quella del ricco. Tuttavia il gusto bromatologico depravato, l'anoressia continua, l'inerzia continua, e l'abuso dei piaceri, generano una miseria fisiologica dell'organismo anche in mezzo all'abbondanza dei mezzi di riparazione. Effetto il più fatale ed il più frequente della miseria fisiologica-cronica è la *tisi polmonare*, sulla quale l'Autore lungamente discorre, toccando il quesito del trattamento igienico o profilattico della tisi.

Sulla profilassi delle malattie infettive, contagiose ed epidemiche l'Autore si diffonde con giusta misura; riferisce i più recenti studi di Pasteur e della sua scuola, e fa risaltare, ovunque torna l'occasione, l'importanza dei microbi nella produzione dei morbi infettivi. Non è alieno dal consigliare l'inoculazione preventiva di morbillo benigno o di scarlattina benigna per evitare il pericolo di epidemie maligne; il qual consiglio però non vorrà essere tanto facilmente accettato.

Sono interessanti ed originali le osservazioni riportate sulla Eziologia della febbre tifoidea. La febbre tifoidea, endemica nelle grandi città, è malattia contagiosa; gli infermieri militari ne sono vittime con molto maggiore frequenza che le altre truppe. Ma quali sono le escrezioni che contengono il microbio specifico della febbre tifoide? Bouchardat dubita fortemente che tale microbio possa contenersi nelle feci, ciò che costituisce l'opinione generalmente accettata. Gli operai addetti alle fogne, ed i vuotatori dei pozzi neri non ammalano di febbre tifoide più che gli altri operai.

L'Autore riporta un ricordo della sua vita per dimostrare che le dejezioni alvine dei malati per febbre tifoide non sono così temibili come da taluno si crede. « Durante il periodo di 22 anni di servizio all Hô-
« tel-Dieu, io mi dedicai sovente, dice il Bouchardat, insieme co' miei
« figli ed altri impiegati e giovinetti della casa, al piacere della pesca
« nei piccoli rami della Senna che attraversano l'ospedale, così ricchi
« di pesci, avanti i lavori di canalizzazione. Trascinati dalla passione
« della pesca noi restavamo pazientemente esposti alle emanazioni delle
« materie provenienti dalle latrine, che allora si versavano direttamente
« nel fiume, e soventi si seccavano sul greto medesimo dei fossati. Le
« dejezioni dei malati di febbre tifoide non vi mancavano certamente.
« Nessun caso di febbre tifoide comparve fra i frequentatori di questi
« luoghi, che secondo la teoria dovevan essere de' più infetti. » L'Autore conclude: bisogna andare adagio ad ammettere senza più che la

malattia derivi dalle emanazioni delle sostanze fecali. Il Bouchardat tenderebbe piuttosto a credere, che il germe della febbre tifoide sia diffuso col mezzo delle secrezioni cutanee.

L'opera è seguita da un'Appendice di 120 pagine, nella quale sono registrati numerosi documenti, aggiunte a diversi capitoli, citazioni, regolamenti, progetti di legge, ecc., che valgono a completare taluni argomenti, sui quali l'Autore aveva lasciato qualche lacuna nel Testo.

I trattati d'igiene di Bouchardat e di Arnould, la 2.ª edizione del Trattato d'igiene del Proust, l'igiene degli operai di Napias, e quello sull'igiene delle campagne, di Layet, ed altre numerose ed importantissime pubblicazioni francesi sull'igiene, dimostrano quanto questa scienza sia coltivata dai nostri vicini d'oltr'Alpe; il che dovrebbe servire a noi di utile stimolo ed esempio. G. SORMANI.

---

T. BERMANN. — **Il Bacillo della lebbra.** (*Archives of Medicine.* June 1882. NewYork. Pag. 262 e seg.).

Presentiamo volontieri tradotto dall'inglese questo studio del dottor Bermann, in quanto che lo troviamo molto ben fatto, e perchè in pari tempo concorda colle attuali cliniche tendenze, le quali si mostrano molto proclivi ad accogliere la dottrina parassitaria, e le speciali investigazioni e con molta pazienza guidate danno realmente a vedere che possono aversene risultati molto proficui per l'arte e per la scienza. Ecco l'articolo.

Nel maggio 1881 il mio amico dott. Atkinson mi chiese se volessi verificare con esami microscopici, la diagnosi di lebbra da lui fatta in un infermo, il quale aveva permesso gli fosse asportata una porzioncella di pelle appunto per lo scopo indicato.

Noi ci disponemmo ad eseguire insieme tali ricerche per accertare la scoperta fatta da Hansen, da Klebs, da Eklund e Neisser, ecc. del bacillo della lebbra, ed inoltre mettere fuori di dubbio che un caso isolato di lebbra si trovava in città; cosa degna di molta considerazione.

La letteratura intorno questo soggetto è, fatta considerazione della rarità del male, molto estesa, specialmente per ciò che risguarda l'anatomia patologica ed i cambiamenti avvenuti negli esami istologici eseguiti in questi ultimi tempi. A coloro che desiderassero conoscere per bene tale storia letteraria, annunziamo che negli ultimi studj del dott. Schmidt di Nuova Orleans pubblicati nel « Giornale medico di Chicago » e nell' « Esaminatore » aprile 1882, troveranno i necessarj e più importanti appunti sopra questa materia.

Non è scopo del presente scritto di entrare in dettagli sull'anatomia

patologica della lebbra, specialmente dopo ciò che n'ha detto lo Schmidt nei suddetti Giornali, ed in ispecie nell'antecedente suo lavoro che fu inserito negli « Archives of Medicine » Dec. 1881.

Il primo Autore che ad avvertire che speciali organismi possono trovarsi nei tessuti, nel sangue, nel pus dei lebbrosi, e possono avere tuttavia una diretta relazione colla malattia, fu Hansen, dopo di lui, il Klebs ed alcuni altri.

Le scoperte di Weigert, di Koch, di Ehrlich ed altri, risguardanti l'uso dell'anilina per esaminare i bacteri, persuase il Neisser a far uso di questo metodo nell'investigare la patogenia della lebbra, ed il risultato delle sue ricerche fu di ammettere con ogni certezza l'esistenza in essa del bacillo. E non solo si addimostrò capace di scoprire e di far conoscere il bacillo in ogni caso di lebbra, ma benanche di coltivarlo nel siero del sangue ed in altri fluidi. (Vedi « Virchow's Arch. » Giugno 1881).

Il dott. Atkinson adunque ed io stesso prendemmo il pezzo di tessuto del lebbroso di cui facemmo menzione, e lo sottoponemmo ad esame, dopo averlo indurito nel liquido del Muller e nell'alcool.

Le sezioni furono eseguite col mio metodo a tagli secchi (dry-cutting) e dapprima posti nella trementina e quindi nell'alcool assoluto, nel quale rimasero costantemente. Dopo avere impiegati i comuni metodi di coloramento e senza verun risultato, ci attenemmo a quello del Neisser e scoprimmo il bacillo. Il Neisser raccomanda che le sezioni debbono essere trattate primamente col liquido di potassa, 1 : 12, il quale, secondo lui, mostra i bacilli incolori; ma il migliore risultato si ottiene adoperando il violetto di genziana, la fucsina all'uno per cento. Indi le sezioni debbono essere riposte nell'alcool acidulato.

Il Neisser però dichiara che il bacillo dei lebbrosi si colora più difficilmente degli altri bacilli; per cui raccomanda una soluzione acida di eosino-ematossilina (eosin-hâmatoxylin), la quale riesce a chiarire il bacillo della lebbra.

Riescimmo a verificare i buoni risultati ottenuti dal Neisser, ma fu più completo l'effetto ottenuto con il metodo di Weigert, che consiste nel trasportare la sezione dall'acqua stillata all'uno per cento, in quella di anilina per pochi secondi ed indi lavarla di nuova nell'acqua stillata e porla nell'alcool assoluto, e così assume chiaro coloramento. L'alcool deve essere sovente cambiato. I vantaggi di questo metodo sono di molto superiori ed i gruppi delle grandi cellule che costituiscono i tubercoli del lebbroso, addimostransi più colorati. Queste cellule sono la sede di corpuscoli bianchi, riuniti insieme da tessuto interstiziale. Le cellule maggiori contengono alcuni nuclei. Spesso osservammo che nelle cellule più scure si contiene un maggior numero di bacilli.

Queste grandi cellule conglomerate le trovammo immediatamente nella rete del Malpighi, e non vi scoprimmo vasi sanguigni. Per ciò li

considerammo come tubercoli, senza cellule molto sviluppate per mancanza di nutrimento proprio.

In breve desiderammo di chiamare l'attenzione sul fatto che solamente seguendo le regole prescritte, possono gli osservatori raggiungere soddisfacenti risultati, e che, anche ad onta di accurate manifestazioni, gli esemplari sono soggetti a scolorarsi nelle 24 ore.

Senza tali le regole minutamente prescritte non si riesce a trovare i bacilli della lebbra, e per questa ragione unicamente non furono veduti dai microscopisti di Chicago. F. V.

---

# VARIETÀ

**Museo d'Igiene in Milano.** — Il Dott. Commendatore Giuseppe Sapolini largiva alla Società Italiana d'Igiene la somma di L. 10,000, affinchè con la rendita di essa sia instituito un *Museo d'Igiene*. La Società, grata al munifico donatore, deliberava che del nome di lui venisse intitolata la nuova istituzione.

Così Milano per atto d'un privato ha già ciò che ancora desidera Parigi, dove soltanto nel mese scorso venne proposto dal Dott. Bourneville di fondare un *Museo Municipale d'Igiene*. A Washington invece il Museo c'è già per cura della Società medico-chirurgica: è *nazionale* ed approvato dai Congresso degli Stati Uniti.

La Società Italiana d'Igiene fu testè insignita, proponente il Ministro degli affari interni, del titolo di *Reale*, per dimostrare quanto l'opera di essa sia tenuta in pregio dal Governo e per cooperare al maggior suo incremento.

**Statistica del tabacco.** — Ecco, alcune notizie sulla produzione ed il consumo dei tabacchi.

L'Asia produce 31,000 quintali di tabacco; l'Alsazia-Lorena, 160,000; la Baviera, 156,000; il Ducato di Baden, 242,000; la Germania del Nord, 1,100,000, di cui la Prussia fornisce circa il quarto. I Paesi Bassi danno 85,000 quintali; l'Italia, 93,000; la Russia, 180,000; l'Austria, 1,000,000 (!). In America, il Brasile figura per 300,000 quintali, Cuba per 610,000 e l'America del Nord per 3,400,000. La produzione totale è di 18 milioni di quintali. In Russia, in Francia, in Inghilterra il consumo annuo è di una libbra per ogni abitante; in Italia una libbra e mezzo; in Austria, due libbre e 2|5; negli Stati Uniti ed in Germania 3 libbre; nel Belgio 4 libbre e 4|5 ed infine in Olanda 5 libbre e 3|5. (*Les Mondes — Union médicale* 1882, 5 décem. N. 166, p. 936).

**Il commercio dell'oppio.** — Il console generale di Francia a Shanghaï, sig. Garnier, fornì importanti notizie sul commercio dell'oppio nella China. L'oppio rappresentava, come valore, nel 1880, i 2|5 del totale delle importazioni estere nei *treaty ports*: 234 milioni di franchi sopra 574 ovvero 40 p. 100; ma indipendentemente dalla quantità di questo prodotto importato nei porti aperti al commercio estero, le giunche chinesi provenienti da Hong-Kong introducevano nei porti ancora chiusi circa 25,000 *piculs* equivalenti in cifra rotonda, ad 81 milioni di

franchi, il che porta a 315 milioni di franchi il valore dell'oppio estero consumato nel 1880 dalla popolazione del *Celeste Impero*.

Negli ultimi dieci anni, l'introduzione generale dell'oppio nella China aumentò del 13,50 per 100 e l'importazione di questo articolo nei *treaty ports* nello stesso tempo crebbe nella proporzione di 43,50 per 100. Questo accrescimento considerevole si spiega pel fatto che durante questo intervallo di dieci anni, molti porti del litorale chinese il cui accesso era interdetto alle navi straniere, furono aperti.

L'oppio consumato nella China proviene da tre sorgenti principali: da Malwa, nella presidenza di Bombay, da Patwa e da Benares, nella presidenza del Bengala. A Malwa, la coltivazione del papavero e la fabbricazione dell'oppio sono libere; a Patwa ed a Benares, invece sono sorvegliate dal Governo della Provincia, che esercita su questo prodotto un vero monopolio. (*Union Médicale*, 1882, 3 décembre, N. 165, p. 924).

---

*Il Direttore e Gerente responsabile*
Prof. A. Corradi.

# INDICE DELLE MATERIE

## RIVISTA DI TERAPEUTICA E FARMACOLOGIA

del prof. A. CORRADI.



## BIBLIOGRAFIA.



## VARIETÀ.

# INDICE
## DELLA PARTE RIVISTA

**Vol. CCLXII. — 2.° Semestre. — 1882.**

## Indice alfabetico delle sezioni



## Indice alfabetico degli Autori

# Indice alfabetico delle materie

## A

## B



## C

## D

## E

## F



## G



## H



## K



## I

## J



## L



## M

## N

# O



# P

## T

## U



## V



## Z



FINE DEL VOLUME 262.




UNIVERSITY OF MICHIGAN
3 9015 06225 7269

